TESI

DI

PATOLOGIA CHIRURGICA

SECONDO IL PROGRAMMA UNIVERSITARIO

PER L' ANNO 1868-69

NAPOLI
Pei tipi di Alessio di Tommaso, Stradi Atri, 7.
1869

INDICE

INDICE

TESI

DI PATOLOGIA CHIRURGICA

PER L' ANNO 1868-69

TESI 29 — Carbonchio e pustola maligna

Su questo proposito ricorderemo, che alcuni dànno al favo-vespaio il nome di *antrace benigno* per distinguerlo dal maligno, come appellano il morbo in parola. Per noi questa glossologia non va, trattandosi di fatti totalmente diversi; poichè nel nostro caso è un principio eminentemente scettico quello, che induce la pustula maligna o il carbonchio.

La differenza tra questi due morbi sta in ciò; che nel carbonchio i fatti locali sono preceduti dai generali — *febbre carbonchiosa* — mentre nella pustula maligna è dai fatti locali, che procede come 2° tempo — L'infezione generale. Sicchè per genesi ed evoluzione il carbonchio si svolge da dentro in fuori e la pustola maligna da fuori in dentro.

Etiologia. Il principio inficiente non è conosciuto nella sua essenzialità, sappiamo però che sviluppasi spontaneamente negl'animali lanuti specialmente, dai quali è comunicato all'uomo: i beccai, conciapelli ecc. ne vanno più soggetti. In questi animali si manifesta ancora la febbre carbonchiosa, che per alcuni manca nell'uomo e quindi non ammettono che il carbonchio comunicato o pustola maligna. Per le esperienze moderne sappiamo di batterii e vibrionii trovati nella pustola e nel sangue: se questo intanto ci spiega la rapida infezione non corrispondente ai fatti locali, niente ci dice d'una possibile origine spontanea nel-

1

l'uomo e dello svilupparsi la pustula maligna durante alcuni casi di diabetismo di uremia ecc. Fra tante quistioni però rimane indubitato, che il fatto più saliente è la rapida cangrena settica prodotta da questo principio particolare.

Nosografia. In qualche parte scoverta della cute si manifesta improvvisamente il carbonchio comunicato o postula maligna. Voi a principio potrete credere trattarsi d'un favo-vespaio; ma ben presto una piccola macchia nera vescicolosa ed accompagnata da molesto prurito, una gonfiezza dolente estendentesi semprepiù ed associata a febbre intensa, allora vi metterete all'erta e la diagnosi sarà confermata, quando il volto si gonfierà enormemente ed i delirii i brividi e le forti orripilazioni vi terranno avvertiti della diffusione del processo al cranio. Intorno al primo punto nero e vescicoloso s'elevano delle flittene concentricamente, tutto si fa fosco e freddo; la cangrena settica è dunque ora confermata, molti tessuti ne vanno perduti ed una infezione acutissima uccide l'infermo.

Volete il quadro del carbonchio o pustola sintomatica— che forse vi va a sangue — ed allora mettete i fenomeni generali innanzi, i fatti locali dopo e sarete contenti.

Decorso esiti e prognosi. Il decorso è acutissimo ; gli esiti sono la infezione primitiva o secondaria, l'atassia e la morte; la prognosi è gravissima ed ordinariamente infausta, quando la terapia non soccorra subito.

Terapia. Nella pustula maligna le incisioni ed il ferro rovente sono celeremente richiesti — fra le incisioni metterete filaccia imbevuta nell'acqua di cloro, rinnovata ogni tre ore e solleciterete la suppurazione con cataplasmi caldo-umidi. In secondo tempo sarà necessario asportare con pinzette brani di tessuti mortificati, ricorrere al nitrato di argento per sollecitare la piaga e la cicatrice ben rara; poichè i nostri mezzi sono per lo più di assai meschini risultati.

Adopererete il ghiaccio alla testa e gli antisettici internamente per prevenire la infezione che svolta disperde ogni speranza. Lasciamo il carbonchio che — se vero — ha già una previa infezione, la quale renderebbe inutile ogni terapia.

TESI 40 — Cangrena nosocomiale

Di cangrena nosocomiale abbiamo due forme assai differenti fra loro — La prima è ulcerosa. La scontinuità arrossisce e duole in più punti, dove appare una macchia bigia sotto la quale si scava un' ulcera a bordi salienti e coverta da un icore fetido e più o meno fosco e tenace. Queste ulcere confluiscono variamente ed hanno tendenza a progredire in profondità piucchè in superficie.

Le ferite quindi si fanno crateriformi e raramente un loro punto conserva le granulazioni — La seconda forma è la *polposa*. Le superficie scontinuate si covrono di uno strato crupale, di una poltiglia giallo-sporca, i di cui strati profondi aderiscono assai ed i superficiali ponno allontanarsi con semplici abluzioni. I bordi della scontinuità sono dolenti ed arrossiti: più tardi anch'essi vanno soggetti ai medesimi fatti, i quali s'estendono in superficie vieppiù e non tendono ad invadere la profondità.

A questi fenomeni locali s'associano i generali, come gastricismo, vomito, rilasciatezza generale, cefalea e sete ardente. Evvi puranco febbre, che esacerba la sera e quando tutto va male questa cresce, viene l' evanescenza dei polsi, il sopore il coma e la morte. Fatti terribili possono venire per erosioni di arterie voluminose, le quali però resistono sufficientemente a questi processi distruttivi.

Etiologia. Il nostro professore da più tempo si dimandava se questi fatti costituissero una vera cangrena, come non sembra pei caratteri anatomici e nosografici, benchè l'esito sia distruzione dei tessuti. Sarà ulcerazione, corruzione di piaghe ecc.? Sia; ma la causa è specifica o no? Secondo alcuni chirurgi la cagione è specifica e contagiosa, altri ammettono un miasma forse consistente in qualche sostanza volitante nell'aria. Certo è però che il luridume, l'aria non ventilata se non produce favorisce almeno l' attecchimento di questo morbo, pel quale basta una semplice scontinuità, anzi talvolta lo si è veduto insorgere sopra una cicatrice.

Prognosi. È sempre riservata e massime pei vecchi e deperiti.

Terapia. S'isoleranno gl'infermi e per la piaga s'adoprerà la massima nettezza, l'acqua di cloro, lo spirito canforato ecc.

Se questo non basta ricorrerete alla potassa caustica e nei casi ribelli al ferro rovente, facendo cadere l'escara spontaneamente.

La cura generalo è la eccitante e roborante.

TESI 32 — Ernia e sue specie

Ernia è uno spostamento di tutto, o parte di un viscere, spostamento che facendo un tumore, questo è coverto dalla cute o da mucosa, como in certi canali comunicanti allo esterno. Perciò il concetto di ernia esclude quello di lesione dei comuni tegumenti e, quando a ferite sieguono fuoriuscite di visceri, malamente si dice che fanno ernia.

L'ernie sono classificate 1° per la sede: quindi all'inguine si dicono *bubbonocele*; allo scroto *oscheocele*; all'ombelico *onfalocele*: 2° per l'organo spostato, che se intestino si dirà *enterocele*; epiploon *epiplocele*; intestino ed epiploon *enteroepiplocele*; fegato *epatocele*; vescica *cistocele*; utero *isterocele* ec.

La partizione clinica poi dipende dallo stato dello infermo e dell'ernia stessa: pel modo di stare divideremo le ernie in riducibili, irreducibili e strozzate. Però lo strozzamento è stato accidentale, che può sorprendere l'ernia sia riducibile sia irreducibile e quindi anzichè stato è una accidentalità acuta dell'ernia. E riducibile quando il viscere spostato può rientrare nell'addome attraverso il forame di uscita o con la semplice disposizione orizzontale o col *taxis*: se però il viscere per qualunque cagione non puo rientrare e v'ha perturbamento delle funzioni senza compromissione della vita, l'ernia si dice irreducibile: è strozzata quando non potendo la materia circolare, la vita è resa problematica.

Etiologia. Molti chirurgi parlando di cause predisponenti ne ammettono delle assai curiose: a noi basta dire, che tutti ponno divenire erniosi. Con ciò però non intendiamo dire, che i generi di vita non v'influiscono; ma siamo sempre là, non essendo questa influenza che facilmente maggiore o minore di quelle cagioni, che sono efficienti e non disponenti. Le cause vere sono quelle, che attuano l'ernia, ed esse son comprese negli sforzi, i quali esigono profonde inspirazioni e quindi accorciamento del diametro verticale dell'addome. Aggiungetevi l'abbreviamento del

diametro antero-posteriore per la contrazione dei retti addominali ed avrete che i visceri compressi forzano le pareti meno resistenti rappresentate da certi canali e forami.

Evoluzione. Questa è lenta o istantanea; alcune volte il tumore è piccolo, poi cresce piano piano fino ad enormi volumi, i quali meglio si direbbero sventramenti, come ne presentava il celebre Gibbon; altre volte l'ernia s'attua in un momento, come nell'inguinale se prestamente s'ha un oschceocele.

Anatomia. Nell'ernia dobbiamo considerare il contenuto ed il contenente o *sacco.* Il sacco è fatto dal peritoneo ed esiste ordinariamente; però può mancare o perchè il viscere spostato non ne sia completamente rivestito; cieco, vescica ec., o perchè questa sierosa si sia rotta nell'attuarsi dello spostamento. Il sacco si svolge in due modi o per *locomozione* del peritoneo staccandosi dalle pareti interne dello addome ed avanzandosi nel canale avanti al viscere o per *distensione*: noi ammettiamo questi due modi unitamente, in contrario non sapremmo spiegarci i sacchi di enorme volume. Il sacco erniario sul principio è conico con la punta in avanti, ma poi dovendo attraversare il canale si fa cilindrico ed indi uscito si dilata in vario modo. S'intende poi, che nel sacco si debba distinguere un fondo un corpo ed un orifizio, che lo fa comunicare collo addome vi è di più il *collaretto*, quella porzione cioè della sierosa, che covre il canale e che aggrovigliandosi forma delle pliche.

Nel collaretto avvengono poi delle modificazioni; perchè facilmente intervengono flogosi ed aderenze tra plica e plica del collaretto, il quale si restringe per questo e si chiuderebbe qualora il viscere erniato fosse continuamente ridotto. Il collaretto è lungo quanto il canale e le sue aderenze facilmente vincibili dai premiti. Il sacco in 1° tempo e quando si stabilisce istantaneamente è libero: in 2° tempo acquista aderenze con i tessuti vicini. Questo sacco può inoltre presentare delle varietà: il collaretto si può staccare dall'anello, uscir fuori e le pliche esser un pò dilatate. Si costituirà allora un altro collaretto, ed il sacco presenterà un restringimento o due e più, se questo fatto si ripeterà: onde *sacco a monile od a rosario* è stato detto. Se però le aderenze del collaretto col canale cedono solo in alcuni punti, per questi si determinerà un altro

sacco, che si pone vicino al 1°: questà incidenza ci dà il *sacco a bisaccia*.

Il contenuto può esser costituito da tutt'i visceri, più frequentemente però dall'epiploon gastro-colico, tenui, dal colon raramente e più raramente da altri. Abbiamo intanto delle varietà secondo la sede: intanto l'epiploon si suole trovare in un'ernia inguinale sinistra, il cieco in una destra, l'S colon anche a sinistra ec. Sarebbe insomma il viscere spostato quello più vicino al forame, per cui lo spostamento si attua: non è però questa una legge, che manchi di frequentitissime e curiose eccezioni.

Diagnosi. L'ernia è un tumore che viene da dentro in fuori, indolente, a cute inalterata — salvo le molto antiche, dove la tensione genera delle varicosità nelle vene. Se il tumore è recente, è più o meno grosso e teso stando l'individuo in piedi, diminuisce e scompare nella posizione supina più facilmente, che un'ernia antica e voluminosa. Facendo tossire ed applicandovi la mano, questa verrà spinta ad ogni colpo di tosse. Il tumore è pastoso per materie contenute nell'intestino; se vi è gas si ingrandisce, ha risuonanza timpanica alla percussione, e gorgoglia nell'atto della riduzione. Ma se il viscere erniato fosse l'epiploon, il tumore sarebbe più globoso, mentre il primo è piriforme, darebbe senso di cruda pastosità, non risuonerebbe alla percussione e non gorgoglierebbe alla riduzione, che sarà sempre più lenta. Inoltre mentre l'infermo prima non sentiva che qualche fenomeno di difficile passaggio delle fecce, ora sono sensi di trazione in avanti, che lo affliggono.

Abbiamo l'ernia irreducibile ed allora le note del tumore sono identiche, benchè il taxis non possa ridurlo. Quali le cagioni di questo fatto? 1° Poniamo una grande massa nel sacco, essa perderà dopo qualche tempo il diritto di domicilio nel ventre; 2° per restrizione del canale o del collaretto; 3° per aderenze. L'ernia irreducibile perchè non ridotta dispone allo strozzamento oltre alle alterazioni locali e generali. Le locali dipendono da fatti, che possono verificarsi tra contenente e contenuto; le generali per turbamenti funzionali, che riguardano specialmente il tubo digerente. Mentre se l'ernia è riducibile e ridotta, quest' inconvenienti sono evitati.

I due fatti che possono riferirsi all' ernia sono l'infiam-

mazione e lo strozzamento, che qualificammo accidentalità acuta.

1° L' infiammazione ha due tipi cioè la sierosa o *peritonite erniaria* e quella, che si estende ai visceri contenuti, *parenchimatosa*. Pel decorso inoltre si divide in acuta e cronica.

Sintomi. I fenomeni variano secondo il contenuto. Il tumore si gonfia e duole, non è più riducibile ed il taxis riesce intollerato. Questi fatti sono associati da colichette, nausee, vomiti, lassezza, meteorismo e talvolta anche febbre. Il vomito può esser solo un fatto riflesso e verificarsi in tutte le ernie; però lo stercoraceo è proprio dell'enterocele e dell' enteroepiplocele. Inoltre lo svolgersi del treno fenomenale è più lento e mite nell' epiplocele, più rapido e grave nell' enterocele e più ancora nell' entero-epiplocele. Non è bisogno poi dire, che l' infiammazione lenta può passare inosservata e rendere l' ernia irreducibile da riducibile e non ridotta, e che la parenchimatosa è molto più grave della peritonite erniaria acuta.

Esiti. La lenta porta effetti piuttosto componenti che riduttivi. L' acuta può risolvere, rendersi cronica e portare aderenze, suppurare ed indurre lo strozzamento per lo ingorgo flogistico. Se suppura, gl' inviluppi dell' ernia s' infiammano e si ha un' ascesso, il quale può perforare la cute e costituire una fistola.

Etiologia. Le cause sono intasamenti per materiali solidi o gassosi, urti, indigestioni ec.; molte volte ogni causa apprezzabile manca.

2. Lo strozzamento importa una costrizione sul viscere erniato con impossibilità di circolazione delle materie e di riduzione. S' opera questa costrizione dall' anello, dal collaretto o da un processo infiammatorio.

Anatomia. Vi è fetore, il viscere è nero, alla pressione ha nessuna resistenza per la cangrena, che s'attua in tempo variabile secondo il grado dello strozzamento. Questo si può fare in varie forme: *anulare* se dal collaretto, a *tacca*, quando il costringimento è da un lato e l' intestino è piegato ad angolo per attorcigliamento su di sè stesso; per *anelli* che egli stesso s' ha formato, e nei quali un' altra sua porzione s' insinua e strozza. Al di sopra dello strangolamento l' intestino si dilata per ritenzione di fecce e può ulcerare.

Sintomi. Tumore dolente, teso e con pelle mobile; dif-

fusa la flogosi cresce il dolore ed il turgore, la pelle diventa immobile ed arrossita. Tante volte il dolore termina improvvisamente per la incipiente cangrena, la quale può dare alla pressione il crepitio enfisematico.

La pancia duole si gonfia e mostra altri fatti di peritonite. Sopraggiunge singulto, nausea, vomiturazione e poi vomito di materie prima biliose e poi stercoracee. Se lo strozzamento è troppo serrato, questi fenomeni si accavallano e l' infermo muore in breve tempo.

Decorso ed esiti. Il decorso è celere; lasciato a se medesimo dopo 3 o 4 giorni si muore nei casi di strozzamento ordinario; poichè questo alcune volte è fortissimo, la cangrena celere e la morte avviene dopo 3 e 2 ore ancora. Al cessar dei dolori e del vomito i polsi si fanno filiformi, gli occhi s' infossano, la faccia è ippocratica, s'hanno fenomeni cerebrali; sudori freddi e morte. Tante volte si guarisce per ulcerazione del budello ed ano contranatura; ma è ciò raro per la diffusione della flogosi al peritoneo dopo la cangrena locale.

Prognosi. Quoad vitam l' ernia riducibile non è grave, grave la irreducibile e la infiammata, gravissima la strozzata.

Etiologia. Gli strozzamenti sono più facili nelle ernie piccole essendo ancora piccolo il colletto, nelle voluminose poi è più facile la infiammazione. I giovani vi sono più soggetti, perchè i tessuti si stringono di più: gli uomini più delle donne, nelle quali però è anche frequente per esser loro propria l' ernia crurale. Per le cause occasionali abbiamo i cinti malamente applicati, gli sforzi, cibi indigesti e tutte le cause di flogosi.

Terapia. Per l' ernia riducibile bisogna ridurla e mantenerla ridotta coi cinti opportuni. Con questa cura palliativa alcune volte, e massime nei fanciulli, s' ottiene la radicale, che s' è tentata con moltissimi metodi non efficaci e pieni di pericoli. Nella irreducibile non si può far altro che mantenerla con un sospensorio o cinto a guancialetto concavo per impedirne il continuo sviluppo.

Imbattendoci in un' ernia infiammata adopreremo cura locale e generale: la 1ª è antiflogistica e perciò mignatte cataplasmi ammollienti, bella donna, freddo ec.; la 2ª si fa col riposo, posizione orizzontale ed un po' declive, se-

micupii 2 o 3 volte al giorno, digiuno, salasso, ec. Si fa pure il taxis, tentando di far rientrare con dolci pressioni per prima l'ultima parte uscita; però non siate troppo corrivi in queste pratiche, le quali possono aumentare la flogosi. Se l'ernia è strozzata si ricorra alla *chelotomia* con prontezza e perspicacia dopo aver tentata la riduzione, cercando di favorirla con gli antispasmodici locali e generali fino all' eterizzazione.

TESI 14 — ARTROCACE

L'*artrocace* è un morbo articolare, è l' emporio di molti mali, cui gli antichi davano il nome anche di *tumor bianco* o *scrofoloso* per la conservazione del color della cute e perche sulla scrofola si poggia.

Anatomia. Sul principio la membrana sinoviale si mostra iniettata e tumefatta, le sue villosità si rigonfiano sono succulente e rammollite; a poco a poco mentre la sinoviale s'ispessisce e diventa più edematosa, le villosità crescono ancora più e prendono i caratteri di granulazioni fungose, le quali si mettono tra le due superficie articolari. In prosieguo s'abbarbicano vieppiù sulle cartilagini e queste ne restano coverte e corrose; onde poi si mostrano scabre, quà e là bucherellate fino a svanire completamente. Le cellule cartilaginee si segmentano e la sostanza basica si liqua. Distrutte le cartilagini, le ossa ne vengon prese e mentre il processo progredisce or più in quel punto or più in quell' altro, l'osso vien riassorbito e succede una vera carie fungosa. I ligamenti e le capsule sono sede di un' infiltrazione plastica e sierosa, però possono anche dalla faccia esterna della sinoviale sorgere fungose granulazioni con esiti in fistole comunicanti o col cavo articolare o con qualche estroflessione della sinoviale stessa.

In certi casi però è una periostite od osteite con esito in carie delle epifisi, la quale erompendo nell' articolazione vi suscita una sinovite granulo-fungosa: in altri una periostite può diffondere la flogosi alla capsula e da questa alla sinoviale. In questo caso la tumefazione è uniforme ed è dovuta ancora agli osteofiti. Finalmente si noti, che in certe condizioni le granulazioni fungose si dissolvono in pus, conoscendo voi che la carie fungosa è di carattere secco.

Nosografia. Gli ammalati — supponendo il ginocchio — a principio zoppicano alquanto, camminando sentono un leggiero dolore, che si risveglia pure alla pressione: già in questo tempo l'articolazione è tumefatta o sono i solchi della rotula scomparsi. I fatti progrediscono, la tumefazione aumenta, il ginocchio si flette, i dolori sono ancora più forti e la mano trova un senso di pastosità. Viene in fine il tempo che l'infermo è costretto di starsene a letto, molti punti dell'articolazione l'uno dopo l'altro s'aprono da dentro in fuori con uscita di un pus assai tenue, v'è febbre, marasmo e morte. Questo morbo ha remissioni ed esacerbazioni, ed un decorso decisivamente cronico.

Esiti. Può questo morbo per cura ed ancora spontaneamente regredire e guarire nei primi stadii ed anche formate le fistole può il pus diminuire ed aversi guarigione *quoad vitam*; poichè è l'anchilosi l'esito più fortunato in questo caso. La guarigione però non è mai completa e sempre nell'articolazione rimane una rigidità più o meno contemplabile. Se la morte deve intervenire, s'ha per estremo marasmo e spesso coi fenomeni di tubercolosi.

Diagnosi. La diagnosi dell'artrocace in genere è facile, difficilissimo però è stabilire le materiali alterazioni dai fenomeni esterni; ciocchè sarebbe più importante per la prognosi e terapia. Si potrebbe confondere con un'idrarto; ma questo è fluttuante, non è assai dolente, rende più facili i movimenti, non è associata a retrazioni di muscoli periarticolari, onde il ginocchio si flette e che molte volte restano per sempre atteso le cicatriziali callosità o le degenerazioni in seguito ad inerzia. In quanto ai fatti locali, questi si giudicheranno dai fenomi in complesso possibilmente e fra questi le lussazioni spontanee costituiscono un prezioso criterio per giudicare lo stato delle ossa, ma non sempre; poichè esse possono dipendere solamente da alterazioni della capsula, ligamenti ec.

Etiologia. Ne sono colti in preferenza i ragazzi, benchè negli adulti non mancasse. Cause disponenti troviamo nella tubercolosi e nella scrofola; efficienti in traumi talvolta poco apprezzabili.

Prognosi. È sempre riservata.

Terapia. È generale e locale.

La 1ª è la roborante ed intesa a migliorare la costituzione dell'infermo: potremo inoltre aver bisogno dei chi-

nacei, degli eccitanti ec. nell' ulteriore decorso del morbo

La 2ª è antiflogistica. Se nell' articolazione vi fossero segni apparenti di flogosi, li domeremmo col ghiaccio, se questi mancano immobilizzato l' arto adopreremo la compressione e le pennellazioni alla tintura di iodo. Quando il morbo fosse progredito useremo rivulsivi più forti fino al ferro rovente ed ai caustici potenziali, come acido solforico ec. Fatte le fistole, l' apparecchio deve fenestrarsi ed aspettare l' anchilosi; se però lo stato generale è scoraggiante, allora la resezione e l' amputazione può salvare l' ammalato. Preferibile poi la seconda alla prima poichè il ginocchio il gomito e l' articolazione coxo-femorale ne sono la sede più frequente.

TESI 15 — Suppurazione e pus

La suppurazione presuppone la flogosi senz' essere un esito della medesima; poichè per differenze di stimoli di tessuti e di condizioni generali e locali non ogni flogosi suppura ed inoltre questa non termina colla suppurazione, ma si continua nella stessa e per la stessa si riduce. Per noi la suppurazione è processo di riduzione ed il pus prodotto regressivo di formazione — *regressivo* per la flogosi che si riduce, per i tessuti che proliferando si distruggono, per se stesso essendo transitorio — di *formazione* perchè è neoplasia. Se la cicatrice promana dalla suppurazione, allora non si tratta più di pus, ma di una neoplasia, che si pone, mentre il processo di suppurazione ne scade.

Genesi. Il pus si credeva dagli antichi un prodotto di disfacimento dei tessuti; venne poi la teorica della libera formazione, che nessuno ha dimostrato; Lobstein mise in campo la sua piogenica, della quale diremo, che esiste un pus infiltrato, disseminato ec., e perciò vi sarebbe una creatura senza creatore. Oggi la dottrina predominante è quella dell' *omnis cellula e cellula.* Questa teoria grandemente fisiologica pone il vivo tessuto come fabro di ogni nuova formazione e perciò ripete la cellula di pus dai corpuscoli connettivali e suoi equivalenti mediante un'attività propria di questi, qual' è la proliferazione o attività formativa.

Gli essudati anzichè generare il pus son essi localmente prodotti, sono lavori dei tessuti e perciò l' iperinosi pre-

suppone e non preesiste alla flogosi. Mentre poi il corpuscolo congiuntivale prolifera, proliferando si distrugge e la sostanza basica si liqua: solo così oggi è spiegata la origine degli ascessi. Notate però che la dottrina della migrazione è fondata oggi sopra solidi esperimenti senzachè la teoria del Virchow ne restasse scalzata. Non si saprebbe intanto ora quanta parte attribuire a questo novello fatto, il quale ci conferma maggiormente la non univocità del processo flogistico.

Evoluzione. Il pus si svolge come ogni altra neoplasia benchè fosse transitorio. Le cellule proliferano o per scissione o per endogenia e la isto-matrice sparisce sostituita da giovani e caduchi elementi. Mentre ciò avviene rapidamente, la sostanza basica s'intorbida e poi emulsiona in fini granuli adiposi.

In riguardo a tessuti sappiamo che è sempre il connettivo il tessuto embrionale per eccellenza; è dubbio il fatto, che anche la cellula nervosa proliferi e dia marcia e perciò nelle masse nervose la parte massima è del connettivo interstiziale. La parte liquida della marcia si deve a trasudamento sieroso unito ad essudati ed ai prodotti di disfacimento dei tessuti.

Essere. Quando il pus *est bonum et laudabile* si mostra come massa cremosa, giallo-verdognola, insipida od un pò salata e di odore poco disgustoso. Riassorbito il siero può però rendersi *caseosa*, presentarsi tenue per scarsezza di elementi morfologici — *sanie*, disfarsi e corrompersi — *icore*, esser acido, mucoso, urinoso, stercoraceo ec. socondochè si trova alla cute mucosa ec.

Messa la marcia a riposo si divide in siero ed in cellule, che vanno a fondo: cellule non distinguibili dai leucociti, nucleate e contrattili, che mancano di ogni attività formativa, che fanno movimenti amibiformi e spesso emettono prolungamenti diversi. La reazione del pus è alcalina, e spesso avvengono in esso delle composizioni, le quali ne ponno cangiare il colore, sebbene ciò il più delle volte si debba a germi viventi, che vi arrivano dall'aria.

Lo stare e divenire del pus si è svolto in altre tesi.

Nosografia. Nel tessuto infiammato i dolori si fanno più sentiti e pulsativi, si eleva la temperatura e si manifesta un'edema caratteristico. Nel contempo l'infermo ha brividi generali ed irregolari seguiti da calore mordace — *dum*

pus conficitur febres magis accidunt quam iam confecto. Le note locali della flogosi crescono tutte; il turgore s'eleva e la sua parte culminante si fa gialla, viene la fluttuazione, la febbre decresce, la cute si assottiglia e si perfora con uscita di pus.

S'intende però quanto diversi debbano esser questi fenomeni secondo la sede, profondità ed evoluzione della flogosi.

Etiologia. Senza dire delle diatesi purulente accenniamo, che la suppurazione riconosce le stesse cause della flogosi, benchè altre vi sieno nelle condizioni generali deperite, nei tessuti e nell'istesso pus formato. Il pus non à potere erodente, ma infetta ed irrita i tessuti vicini, i quali infiammano e suppurano ancora: sotto questo aspetto il *pus genera pus.*

Terapia. La cura se preventiva deve combattere la flogosi; svolto il pus, allora la terapia deve variare secondo i varii modi di evoluzione di stare di devenire ec.

TESI 16 — Pus infiltrato, espaso, raccolto, diffuso, ascesso encistico e cisti suppurata

Tra i modi di stare del pus notiamo:

1° *Infiltrato.* Poichè il pus s'origina in massima parte dalla proliferazione degli elementi congiuntivali, così è facile l'intendere, come per riguardo alla genesi il pus stia infiltrato. Però sotto certe condizioni il pus formato può ricalcare soltanto la sostanza basica d'un tessuto e distribuirsi alla maniera di una semplice infiltrazione. Questo fatto impòrta certe condizioni di struttura e di sede, onde l'infiltrazione del pus formato si rende facile nel tessuto corneo, nella cute delle dita, dell'ombelico ecc., mentre in altri tessuti la sostanza basica si liqua degenerando in adipe e mescolandosi al pus anzichè farsi infiltrare dal medesimo.

2° *Diffuso.* Vi s'intende una suppurazione a molti fochi distinti.

In questo senso sarebbe meglio chiamarla *suppurazione disseminata,* poichè la diffusione purulenta riguarda piuttosto il pus formato, che la genesi del medesimo: È dopo la suppurazione del flemmone, che il pus passa dalla mano nell'antibraccio ed oltre ancora. Dunque è pus formato

e non in via di genesi e perciò la diffusione facciasi rientrare nella serie delle migrazioni purulente.

3° *Espaso.* Con questa parola si vuole significare—non sappiamo con quanto senno — il pus comunque elaborato ed occupante una cavità sierosa o mucosa qualunque.

4° *Raccolto.* Il pus di origine infiltrato si raccoglie in tanti fochi, i quali poi con la distruzione del tessuto basico confluiscono in una cavità sola, costituendo il vero ascesso che Weber chiama *liquefattivo.* Questo pus raccolto ha i suoi inviluppi e questi possono per colpi ulcerazioni ec. aprirsi e lasciare irrompere la marcia, la quale può trovando tessuti più molli infiltrarli. Ricordiamo inoltre come spesso il pus si generi tra muscoli e muscoli, tra muscoli e periostio, tra questo e l'osso portando il distacco dei medesimi senza punto interessarli — *ascessi dissecanti* la cui sede è il tessuto areolare: può infine la marcia trovarsi nel luogo senza esser del luogo stesso, essendo là trapiantata lontana dal focolaio della sua genesi — *ascessi migranti* o *per congestione*, i quali sono la prova più evidente della migrazione del pus pel suo peso e pei movimenti amibiformi dei suoi corpuscoli.

5° *Ascesso encistico.* Se i chirurgi volessero accettare la membrana piogienica, questa formerebbe il tipo dell'ascesso in parola. Non essendo intanto il pus erosivo, questo può ben circondarsi di una limitazione a forma di cisti o piogenetica se così vuolsi dire. A questo modo potremmo intendere ascessi sottocutanei affatto inalterati ed indolenti, molte cisti deuterogene e le raccolte marciose intorno a corpi stranieri — *ascessi limitanti.*

6° *Cisti suppurata.* Questa suppone un qualunque neoplasma cavo, che può ben nel suo interno infiammare e suppurare mescolando ai suoi materiali una neoplasia transitoria, qual'è la marcia.

Nosografia. Se è infiltrazione primitiva allora è flogosi, se di pus formato la diagnosi poggia sul decorso e non sui fatti fisici, che sono assai incerti.

I fatti del pus raccolto sono quelli dell'ascesso e notiamo solo che lo ascesso encistico è troppo ricisamente limitato come cisti deuterogena, è cronico ecc. la cisti suppurata è vera cisti con flogosi accidentale.

Gli scollamenti si sospettano per la sede, i fatti secondarii confermano il sospetto; però la diagnosi è sempre

difficile nei luoghi profondi ed il chirurgo non può stabilire il grado e l'estensione dei fatti con quei criterii, che sarebbero necessarii per la buona terapia.

Il resto riguarda gli ascessi per congestione.

Terapia. La terapia è quella degli ascessi, variata secondo la loro natura, sede ecc.: a quest'oggetto quindi si riscontrino gli ascessi flemmonosi, freddi ed osteopatici.

TESI 19 — Ascesso mammario e periaddominale

Degli ascessi flemmonosi della mammella, si è già parlato nel trattare della Mastoite; ora diremo dell'ascesso mammario per flogosi cronica.

Il cominciamento di questo ascesso sfugge alla osservazione per la lentezza con cui si raccoglie la marcia.

In taluni casi si manifestano alcuni sintomi che accennano ad una flemmasia acuta, ma questi non tardano a scomparire. Nella profondità della mammella rimane un tumore per l'ordinario indolente, senza cangiamento di colore alla pelle. Questo tumore cresce; la fluttuazione diviene sensibile e se si pratica un'apertura, vien fuora una quantità considerevole di pus, simile a quello degli ascessi freddi.

Questi fenomeni si compiono in un tempo più o meno lungo che può variare da uno a due mesi sino a due o tre anni.

Vi è un ascesso che merita particolare attenzione, ed è quello che comunica con una caverna tubercolosa del polmone. Qualche volta questo si manifesta bruscamente come ascesso acuto; ma il più delle volte si sviluppa lentamente determinando una oscura infiammazione nei tessuti che gli fanno da involucro; gl'integumenti presentano un colorito violaceo che si assomiglia a quello della risipola. Esso è quasi sempre sede di un gorgogliamento e di una crepitazione caratteristica.

Se questo ascesso è poco voluminoso è meglio lasciarlo a se stesso, e una modica compressione basterà a prevenirne la espansione. Se è esteso e la pelle minaccia di perforarsi si può vuotare il cavo con una puntura. Continuando adesso.

Diagnosi. La diagnosi non è sempre facile a principio, e solo in seguito la fluttuazione può renderla agevole,

Prognosi. La prognosi si può fare applicando qui i precetti generali delle possibili conseguenze di una cronica raccolta marciosa con espansione del pus.

Etiologia. È quella delle flogosi croniche.

La terapia è identica agli ascessi flemmonosi.

Ascesso periaddominale. Con questo nome descriveremo gli ascessi che si sviluppano negl'interstizii muscolari delle pareti addominali e quelli che si trovano fra lo strato muscolare ed il peritoneo. Questi sono poco frequenti.

Etiologia. Alcune volte manca ogni causa probabile; altre volte pare siano determinati da violenta contusione delle pareti addominali; da ulcerazione dell'intestino grosso, e secondo alcuni anche da infiammazione e suppurazione del rene.

Si sono osservati quasi su tutti i punti delle pareti addominali.

Sintomi. Qualunque ne sia l'origine, essi si mostrano con fisonomia affatto speciale.

Per ordinario la infiammazione si manifesta con un brivido intenso e prolungato. Bentosto gl'infermi avvertono in un punto dell'addome un dolor vivo che non tarda ad estendersi a tutta la parete addominale. Il dolore è esacerbato dalla pressione e dagli sforzi. Alla vista si nota una tumefazione che da principio può esser oscurata dalla retrazione del ventre. La palpazione è ostacolata dal dolore vivo, e quando può farsi, rivela un tumore generalmente appiattito e duro: qualche volta è impossibile sentire la fluttuazione, e solo si può avvertire a livello del punto doloroso una pastosità edematosa.

I sintomi generali si presentano con varia intensità.

La risoluzione franca, rapida della flogosi è oltremodo rara. Avvenuta la suppurazione, i dolori sono fissi e lancinanti, il tumore è meglio circoscritto fluttuante nel centro, duro alla circonferenza. Raramente il pus si apre una via allo interno. Rara è ancora l'apertura spontanea allo esterno. La lunga remora del pus produce effetti gravi.

Diagnosi. Questa talune volte può essere molto difficile, ma la circoscrizione ed immobilità del dolore e del tumore con le note successive ci potranno mettere sulla via.

Prognosi. La prognosi è grave per lo scollamento dei tessuti, la estensione del cavo e la vicinanza del petto e dei visceri.

Cura. Al solito in primo tempo antiflogistici.

Si proscriva l'oppio perchè può aumentare la costipazione e mascherare il dolore. Appena si può avvertire la fluttuazione si faccia larga apertura per l'uscita del pus. Se lo scollamento è esteso e il pus non esce facilmente, si faranno delle controaperture. Se rimane un'apertura fistolosa, con la compressione si attiverà la cicatrice; se v'ha scomposizione del pus, antisettici. Infine cura generale.

TESI 17 — INFLUENZE LOCALI E GENERALI DEL PUS E PIEMIA

Le conseguenze della suppurazione sono locali e generali.

Locali. Voi conoscete che la marcia a contatto dei tessuti per azione quasi infettante vi genera suppurazione, onde questa tende sempre più ad allargarsi. Se però il pus è poco, degenera facilmente in grasso e viene riassorbito sotto forma di *latte patologico*; però talvolta la parte sierosa è riassorbita e rimane una massa *caseosa*, che poi viene circondata da congiuntivo iperplastico e spesso infiltrata da sostanze calcaree. Nel 1° caso s'ha assorbimento *compiuto* del pus ed *incompiuto* nel 2°.

L'istesso principio del *pus genera pus*, spiega l'altro fatto, che il pus tende a cacciarsi verso l'esterno, quando la pelle subisce un processo certamente ulcerativo che, come sapete, può esser prodotto di flogosi. Ed è questo fatto ulcerativo, che ci spiega la formazione di ascessi distaccanti intorno al retto, uretra, dotti glandolari ec., che poi perforano e costituiscono fistole e seni fistolosi. È insomma la remora del pus per resistenza di altri tessuti, che produce infiltramenti e scollamenti diversi, onde gli ascessi da emisferici divengono appiattiti ed i tessuti restano quasi notomizzati. Sapete inoltre che l'inviluppo del pus può rompersi in modi diversi e dare luogo a migrazioni e conoscete ancora, come la marcia può irrompere in cavità. Le sierose ispessiscono e s'oppongono, però spesso — o che l'ispessimento non abbia avuto tempo di compiersi o che l'ulcerazione predomini — vengono perforate: ispessiscono ancora le tuniche vasali e raro è il vederle scontinuate.

Generali. La patogenesi della piemia causò lunghe e gravi controversie: 1° alcuni ricorsero a riassorbimento di pus

come tale: 2° altri ammisero l'erosione dei vasi con intravasamento di marcia, come in taluni casi può intervenire; 3° vi furon quelli, che invocavano la flebite suppurata. Insomma vi son state mille opinioni ed oggi forse nelle medesime condizioni si verge.

Oggi in vero il riassorbimento del pus come tale acquista novello fondamento; poichè astraendo dalle erosioni vasali e possibili intravasamenti si sa, che i linfatici cominciano sulle sierose e nei tessuti a bocche aperte, e per queste possono entrare i globuli purulenti e poi passare pei gangli, come i globuli di linfa ne passano. Ed inoltre per quelle stesse vie, che i corpuscoli transitano per confluire nei punti stimolati, ponno certamente i globuli di pus andare nel sangue, come d'altronde la comunicazione del sistema vaso-connettivale coi linfatici da una banda e coi vasi sanguigni da un'altra fortemente appoggia.

Il più grande assorbimento però è del siero marcioso e del pus emulsionato, che arrivando ai ganglii eccita la loro attività leucocitica e fibrinogenica. Il fibrinogeno ed i leucociti però sono alterati, essendosi formati sotto l'influenza di questi particolari principii infettivi: ecco la speciale condizione discrasica del sangue. I leucociti inoltre sono attaccaticci, s'accavallano facilmente ed ostruiscono i capillari nell'arteria pulmonale e quindi ascessi, che meritano in questo caso il nome di *necrotici*, come il nostro Professore ben divisava. Più frequentemente però questi ascessi sono embolici per distacchi di grumi dalle vene trombizzate nel campo della suppurazione. E voi sapete che questi emboli agiscono più pei loro caratteri specifici, che come corpi meccanici.

Evvi intanto una piemia acuta e grave — *icoremia*, la quale riconosce origine in una diretta infezione del sangue per sostanze putride, che possono essere pus corrotto, sangue decomposto ec.

Nosografia. I sintomi delle influenze locali son quelli dei diversi modi di stare del pus.

Piemia — Ora il tessuto suppurato dissecca, ma il pus è fetido e sanioso la scontinuità suppurante è diversamente alterata e spesso con le note di resipola flebite ec.

L'infermo vien preso da brividi intensi ora fugaci ed ora prolungati, associati ad orripilazioni e seguiti da calore e poi sudore profuso. Queste febbri sono intermittenti,

vengono ad accessi irregolari, nelle intermittenze avvengono brividi e ribrezzi incompiuti e la respirazione dà fino 40 atti al minuto. L'infermo è spossato, assopito, apatico e col crescer della infezione i brividi sono più sentiti, la lingua si fa secca, la cute ingiallisce e l'esaurimento è grave. In questo periodo vi è espettorato purulento, rantoli crepitanti, e dolori nelle articolazioni affette da spandimenti di siero-pus. Nella pelle si mostrano talora nodi duri dovuti a piccole raccolte marciose, viva sensibilità si desta nella regione epatica ed esulcera l'occhio.

Decorso ed esiti. Il decorso è lento o acuto. Gli esiti son sempre tristi e secondo il decorso si ponno verificare dopo qualche tempo ed anche al 3° o 4° giorno.

Diagnosi e prognosi. I fenomeni sono sempre identici; il chirurgo però partendo dall'attualità di una suppurazione, dalle note generali e loro decorrere può sempre stabilire una diagnosi giustificata. La prognosi è corrispondente agli esiti.

Terapia. La terapia delle influenze locali del pus è quella del suo essere e stare.

La cura chirurgica della piemia poi è profilattica. Bisogna quindi prevenire la suppurazione ed attuata questa sostenere col buon vitto e buon'aria l'infermo e prevenir i ristagni e le corruzioni della marcia cogli eccitanti ed antisettici p. e. tintura di iodo, acido fenico, solfiti, permanganato di potassa ec.

Venuta la infezione, la cura diventa sintomatica. Tra tutt'i rimedii indicati sotto questo punto di vista il più necessario è la chinina, gli eccitanti vengono dopo, indi la vescica di ghiaccio alla testa ec. Si danno inoltre bibite alcaline, acide e gli oppiati contro le diarree, quando non fossero per altro verso controindicati.

TESI 18 — Ascesso freddo

Chiamansi *ascessi freddi* quelle raccolte marciose che nel luogo si formano per una flogosi cronica accompagnata da suppurazione.

Nosografia. Accade un'ingorgo e tumefazione, che ha base larga, è indolente, ben circoscritta, immobile, con pelle inalterata e senza calore. Il tumore intanto lentamente si accresce, rammolla e fluttua; in questa fase può ri-

manere per mesi ed anche per anni. Rarissimamente si dissipa e per lo solito la cute si assottiglia, diventa calda e squamosa, si tende e poscia si rompe da dentro in fuori ; se non che l'apertura cicatrizza, novello riempimento avviene finchè una fistola non vi si cacci.

Quando la flogosi si avvicina alla pella questa sì arrossisce, però anche senza di essa può alla sommità del tumore la cute presentarsi violacea. Il dolore manca , sebbene in certi casi vi fosse ed in gradi diversi, potendo essere lacerante, perforante.

Decorso ed esiti. Il decorso è lento ordinariamente, ma possono intervenire esacerbazioni, che l'avvicinano al flemmonoso. Gli esiti sono: 1° raramente il pus si riassorbe e l'ascesso sparisce ; 2° perforato, o guarisce mediante cicatrice, o la lunga suppurazione esaurisce l'infermo e questo muore con tutt'i fenomeni di marasmo, precipitato dalla febbre di carattere etico. Possono inoltre venire complicazioni con esito in piemia, icoremia ec.

Anatomia. I fatti anotomici sono liquamento del connettivo con proliferazione dei suoi corpuscoli ossia suppurazione, che in tal caso è chiaramente d'indole riduttiva. Il cavo contiene marcia tenue e di cattivo odore per sviluppo di acidi grassi, contiene detriti e cristalli di colesterina : le pareti sono sede d'infiltrazione plastica e disposte alla dissoluzione per la scarsa neoformazione vasale.

Etiologia. Le cause efficienti sono poco apprezzabili — le disponenti hanno tutta l'importanza e si contengono nello scrofolismo, linfismo e discrasie diverse.

Terapia. 1° Deve esser generale ed intesa a combattere le cagioni disponenti o costituzionali — 2° È locale ed allora dobbiamo ricorrere allo svuotamento. L'apertura col bisturì è soventi volte seguita da sì viva reazione e febbre, l'infangite ed infezione acuta da far paura ai pratici più sperimentati. È perciò che si ricorre alla puntura sottocutanea e da molti alla ingegnosa siringa del Guerin ; con questi metodi s'evita l'introduzione dell'aria, che invero è assai perniciosa.

TESI 20 — Ascesso urinoso

Col nomo di *ascesso urinoso* vanno le collezioni purulunte in seguito di effusione di urina. La presenza dell'uri-

na nel tessuto cellulare determina lo sfacelo ; ma se il liquido esce in piccola quantità, e se il tessuto cellulare che trovasi intorno al focolare s'ispessisce, si forma un ascesso.

Sede. 1° L'ascesso urinoso si può presentare all'ipogastrio, ed è consecutivo alla rottura della vescica, ma più spesso all'operazione del taglio soprapubico ed alla puntura della vescica — 2° Nella regione iliaca. Questo ascesso è assai raro e può provvenire da una soluzione di continuità della vescica — 3° Nella regione ano-perineale. In questa regione gli ascessi urinosi sono molto più frequenti ed è questa la loro sede ordinaria. Provvengono da perforazioni delle porzioni membranose e prostatica dell'uretra. L'urina che cola nel piano superiore del perineo viene arrestata in alto dall'aponevrosi superiore, in basso dall'aponevrosi del Carcassone ; si appalesano innanzi all'ano o nelle fosse ischiorettali. Se l'aponevrosi cede il tumore sporge nella linea mediana del perineo — 4° Allo scroto ed alla verga. Si osservano in seguito di fenditura della porzione peniena dell'uretra.

Etiologia. L'ascesso urinoso viene determinato da perforazioni o della vescica o de'canali destinati a condurre l'urina. Queste perforazioni sono fatte dalle medesime cause che fanno le fistole urinarie e si riducono o alle traumatiche o alle ulcerazioni per processi speciali.

Sintomi. Alcune volte questo ascesso può rassomigliarsi ad un tumore urinoso, e ciò quando assume un corso cronico ; esiste un tumore duro, indolente , senza cangiamento di colore della pelle, che cresce lentamente in volume e non lascia comparire la fluttuazione che molto tardi : altre volte può rassomigliarsi ad un infiltramento urinoso: si osserva rapida tumefazione con dolore , calore , pulsazioni profonde, urinazione difficile per la compressione sull'uretra, e dopo brevissimo tempo fluttuazione.

Questo ascesso può aprirsi alla pelle ; nel tessuto cellulare vicino , e questo esito può avere gravi conseguenze ; nell'uretra, e in questo la cicatrizzazione è impedita per il continuo arrivo dell'urina nella fatta cavità.

Diagnosi. L'ascesso urinoso non si riconosce sempre facilmente. Sotto la forma acuta si può confondere con un flemmone ; sotto la forma cronica con un ascesso sintomatico di un'alterazione ossea , del retto o dell'uretra. In taluni casi la diagnosi si può fare solo colla puntura esplorativa da cui esce pus fetido ed urinoso.

Pronostico. Non è grave come nell' infiltramento urinoso. Alle volte offre de' pericoli e può rimenere ribelli fistole urinarie. In genere nel pronostico si deve tener conto della causa.

Cura. La principale indicazione è di dare prontamente esito al pus per prevenire gl' infiltramenti ; e per prevenire le fistole mettere un catetere a permanenza in vescica perchè l' urina colla sua presenza non ostacoli la cicatrizzazione.

TESI 23 — Ulcera venerea contagiosa e non infettante, diagnosi ecc.

L'ulcera venerea è un processo locale e contagioso senza conseguenza per l'organismo come il sifiloma.

Ha avuto diversi nomi ad esempio semplice, non infettante, locale, molle ecc.

L' ulcera molle dà luogo ad un processo suppurante il cui prodotto è trasmissibile e può produrre una malattia simile in tutti gli organismi.

La origine di questo processo è una causa speciale *sui generis,* o per agenti chimici o per piccoli organismi sconosciuti.

Il *pus* come il *detritus* nonchè il tessuto dove risiede l'ulcera sono infettanti. Il contagio si propaga direttamente per contatto o indirettamente per l'intermediaria presenza di corpi, ovvero per inoculazione.

Per la trasmissione ci vogliono delle condizioni. La 1ª riguarda la materia inoculabile, la 2ª il tessuto e la superficie inoculabile. La prima proprietà si può dimostrare empiricamente. Gli acidi, e gli alcali ad es. e la cangrena in un'ulcera possono distruggerne il potere inoculabile. Una condizione per la inoculabilità è la penetrabilità della materia contagiosa, onde l'epidermide, l'epitelio guarentiscono dal contagio, ma non sempre nè per tutti i tessuti. L'ulcera molle non lascia immunità.

Sede. Quantunque nessuna regione della cute presenti immunità per la contagione, pure vi è una prevalenza che poggia e sulla vulnerabilità del tessuto e sulla qualità della materia inoculabile. Nell'uomo in primo sta il solco balneare, il frenulo, l'angolo penopubieno, l'ano ecc.

Nella donna in primo sta la fossetta navicolare, grandi

labbra, caruncula, vagina, vicinanze del clitoride, ano, solco labio-crurale ecc.

L'ulcera venerea dà un materiale eminentemente inoculabile, e perciò ha il carattere della moltiplicità che è o simultanea o successiva.

Morfologia. L' ulcera in parola può avere tre periodi nella sua evoluzione: 1° Periodo: ulcera nascente o in via di progresso. 2° Di stato. 3° Di riparazione—Dovendo riconoscere un'ulcera contagiosa ci serviremo de'caratteri che si riferiscono alla base, margini, qualità del prodotto, forma ecc.

I margini sono sfrangiati, seghettati, arrovesciati talvolta e scollati. Sono accompagnati da iperemia. La base presenta delle rilevanze con calorazione grigiastra, e la sostanza grigia è fatta da *detritus* dei corpuscoli del pus e del tessuto stesso; il prodotto è abbondante; la forma è rotonda, la grandezza varia, come una moneta di 20 centesimi a quella di 50 centesimi e 5 centesimi. Questo periodo detto *di stato* è seguito da quello di riparazione segnato dal sollevamento del fondo, minorazione del prodotto, abbassamento de'margini ecc. Clinicamente sappiamo che tra il contagio e la comparsa dell' ulcera passa un tempo intermedio che non è minore di 24 ore e può estendersi a 13 o 14 giorni.

Quest'ulcera può avere deviazioni nella forma, in quanto che può avere il fondo a livello de'margini (ulcera piana), ovvero elevato sul livello de' margini. Oltracciò si hanno ulceri acneiformi, furuncoliformi, flemmonose o ragadiformi. Può alterarsi il processo e vi può essere quindi:

Difterismo. Cangrena (Ulcera fagedenica) che produce necrosi in massa della superficie dove è piantata l'ulcera; e serpiginismo consistente nella prevalenza del processo distruttivo, alterazioni che Tanturri vorrebbe far dipendere sopratutto da condizioni locali, massime per azione irritante di taluni rimedii, come pomata mercuriale ecc.

Possiamo avere complicazioni per la topografia e non pel processo, ad es. fimosi o parafimosi, linfagiti, adeniti ecc. con veri, flemmoni, ascessi o scollamenti.

La diagnosi si fonda sui caratteri macrografici, sullo sviluppo, sulla molteplicità, sulle conseguenze, e sopratutto sulla inoculabilità, che potrebbe avere effetti più gravi dell'ulcera stessa. Con tutto ciò la diagnosi può essere oscura. L'ulcera molle può cambiare fisonomia e massime do-

po il 15° giorno e ciò perchè si ha potuto esser contagiato contemporaneamente di ulcera dura che ha un periodo di incumbazione da 15 a 28 giorni.

Terapia. Questa deve variare secondo i periodi , e la sede ;

Nel 1° periodo sono indicati i caustici di cui le specialità non possiamo dettagliare secondo le circostanze, e tra questi i principali sono: ferro rovente per le ulceri fogedeniche, nitrato d'argento , pasta carbosolforica, pasta di cloruro di zinco ecc.

Nel 2° si adoperino i modificatori: vino aromatico, tartrato ferrico-potassico, soluzione di acetato di piombo ec.

Nel 3° Polveri — di China — di Ossido di zinco, di Calomelano, di occhi di granchio, di ceneri di zigaro, ma meritano preferenza le polveri di filaccica e di rasura di lino.

Non dobbiamo trasandare che il primo rimedio e più efficace sarebbe l'escisione, ma l'uso di questo è limitato in singoli casi in parti che non servono per alcuna funzione speciale.

TESI 24 — DEL LUPO, SUE DIFFERENZE DALLA LEPRA E DALLA SIFILIDE TUBERCOLOSA

Le primitive alterazioni caratteristiche del lupo , sono focolai nella cute della grandezza di un grano di miglio sino a quello di un mezzo pisello per la di cui genesi e struttura riferiamo qui le osservazioni del Prof. De Sanctis nel 1864 — Ecco le sue parole :

« Il neoplasma del lupo risulta di nuclei e di cellule, e
« questi elementi ora dànno una infiltrazione diffusa ed
« ora noduliforme nel corion di varii punti della cute ed
« in parzialità del viso. I nuclei sono in gran parte roton-
« di, raramente ovali e di piccola o media grandezza. Le
« cellule poi possono talora completamente mancare o so-
« no assai scarse ed anche formano la parte principale del
« neoplasma e rassomigliano a leucociti uninucleati ; ma
« talora sono più grandi , rotondi od irregolari come
« cellule epiteliali appianate. Or questi elementi riposano
« per lo più in una sostanza fondamentale sparsa e poco
« abbondante ; però accanto ad essi trovansi pure altri ele-
« menti ; cosicchè vi ha cellule di pus e cellule fusiformi
« o di connettivo. Questi elementi neoformati raggiungono

« la superficie cutanea e poi si distruggono per ulcera,
« della quale però non sappiamo la vera cagione, a me-
« no che non si volesse attribuire ad attriti, od altro so-
« migliante (Morgagni). L'ulcera può procedere dallo ester-
« no all'interno, perchè la superficie è la prima a dege-
« nerare e cadere, ma talvolta, come nel tubercolo, il
« rammollimento è centrale e l'ulcera procede da dentro
« in fuori ».

Etiologia. Questa è del tutto oscura, sicchè non è giustificata l'ammissione di un lupo scrofoloso, sifilitico ed idiopatico. Di rado s'incontra prima del decimo e dopo il 40° anno. Si trova in amendue i sessi quasi con eguale frequenza.

Sintomi. La sede più frequente del lupo è la faccia e prima di tutto il naso, ma esso s'incontra anche in altri luoghi. Da prima si veggono macchie rosso-brune circoscritte (lupo eritematoso) che possono rimaner tali, ovvero nodicini scompagnati da dolore (lupo tubercolare), i quali nello stesso che sono duri sono ancora molto offendibili e facilmente sanguinano. La malattia si può arrestare in questa forma. In taluni casi i nodicini si fondono, la loro superficie si mostra tesa e lucente ed è coperta di squame epidermiche distaccate (lupo esfoliativo). Questa forma può spontaneamente cicatrizzare senza ulcerare, e rimane deformazioni per le stesse cicatrici. Talvolta però i nodicini s'aumentano ed ingrandiscono, la pelle circondante diviene iperemica, e sulla loro sommità succede un ulcerazione superficiale, il cui prodotto si essicca in croste (lupo ulcerativo). Se il processo si spegne lasciando una cicatrice e si propaga alla periferia de' luoghi cicatrizzati. allora abbiamo il (lupo serpiginoso). La distruzione qui è profonda e le escare in conseguenza molto grosse. Finalmente rimane un'altra forma (lupo ipertrofico) che si distingue per un eccessivo lussureggiamento di tessuto unitivo nella cute e nel cellulare sottocutaneo. I nodi isolatamente a poco a poco si convertono in un gonfiore diffuso della pelle, alquanto uniforme colla formazione di squame. La superficie è rossa, lucente e tesa. Anche questo mostra la tendenza di spegnersi nei luoghi prima colpiti, mentre il processo si propaga sul contorno. In seguito a cicatrici avvengono deformazioni. Le suddescritte forme possono variamente combinarsi.

Si distingue dalla lepra tubercolosa perchè in questa si sviluppano nella pelle ed in molti altri organi dei tumori, i quali stando la loro natura, appartengono ai tumori a cellule linfatiche. Essi sono grandi da un pisello ad una avellana, talvolta anche di più, sono molto circoscritti, ma non sono incapsulati; il loro colorito è bianco-gialliccio. Si presenta una diffusione secondaria alle glandule linfatiche.

Non parliamo della lepra de' Greci, nè dell' Anestesica, perchè la prima non si ha presso di noi, e nella seconda la distinzione è facile, mancando i noduli, e trovandosi invece alla superficie del midollo spinale una massa spessa, gialla, dura, la quale si comporta come un essudato fibrose ed albuminoso.

Si distingue dalla sifilide tubercolosa perchè in questa: 1° il sifiloderma comincia con nodo unico, dove nel lupo sono molti e poi confluiscono; 2° il colore è rosso di rame vecchio e non si ha tendenza alla suppurazione, mentre nel lupo la colorazione tende al giallognolo, proclive alla suppurazione e vi ha maggiore cronicità. E ciò del sifiloderma nel periodo virulento. Nel periodo non virulento poi la sifilide tubercolosa si distingue dal lupus perchè: 1° i tubercoli sifilitici nascono più velocemente; 2° son di un colore più rosso; 3° sono indolenti e non accompagnati da reazione; e 4° l'ulcerazione è fatta a bordi netti con crosta elevata.

Cura. Questa si riduce ai caustici e modificatori, la scelta dei quali sarà fatta secondo le varie circostanze. Negli individui scrofolosi daremo l'olio di fegato di Merluzzo.

TESI 25 — Ascesso per migrazione—Osteopatico o no

Non tutti gli ascessi che si trovano nel luogo sono del luogo stesso; poichè ci sono di quelli, che sono nel luogo, senza che questo sia stato la sede della flogosi e della soppurazione. La marcia in questi casi si è formata in un luogo più lontano ed è pervenuta nell'altro dopo la sua formazione, eseguendo una specie di migrazione. Questi ascessi vanno col nome di *migranti* impropriamente; poichè non è l'ascesso che migra ma la marcia; dunque li diremo per *migrazione* o per *congestione*, come vogliono alcuni.

Come avvengono? Se barriere intorno al pus non ci sie-

no o queste sieno superate, il pus formato può avere positive migrazioni. Su queste lo Chassaignac stabilisce: 1° Circostanze costituzionali dello infermo rendono difficile ed impossibile la infiltrazione plastica, onde il congiuntivo resta mal difeso e si lascia penetrare dal pus per diffondersi ed allontanarsi dal foco suppurativo. 2° Se il foco primitivo è sottoposto a forte pressione naturale od artificiale, il pus irrompe dove la resistenza è minore e migra. 3° Una violenza, un urto, un colpo possono determinare la rottura degl' invilúppi del pus. 4° Quest' inviluppi possono ulcerare. 5° La declività favorisce le migrazioni tra per il peso della marcia stessa e la locomozione dello suo cellule. Ma sia comunque, il tessuto areolare è sempre il più predisposto a favorire la migrazione.

Lo Chassaignac inoltre parlando di questa specie di ascessi riconosce la loro genesi, però pretende chiamarli *osteopatici*, dovendo a sua opinione restringersi la comprensione dell' ascesso per congestione solo a significar ascesso lontano dal fonte di suppurazione, ma questa dover essere dell' osso. Ora egli è vero che i più frequenti ascessi per migrazione sono osteopatici, così no abbiamo al ginocchio por carie del troncantere, al troncantere per quella della pelvi, all' arco crurale per quella delle vertebre lombari e dorsali ec. però ciò non dice, che suppurazioni dello parti molli non possano trapiantarsi in altri luoghi. Anche qui la formazione iperplastica che attornia il pus può rompersi e questo migrare, pericolo che viene certamento ricordato dagli ascessi sopraclavicolari, toracici, addominali, perineali, anali ec.

L' ascesso per congestione è dunque lo effetto di pus diffuso o migrato, ma non si creda, che il novello cavo sia inerte, perchè il pus arrivato come stimolo vi genera flogosi o pus. La nuova raccolta comunica col luogo di formazione o genesi mediante un più o meno lungo seno fistoloso.

Nosografia. I sintomi non differiscono da quello dell'ascesso freddo e può subiro modificazioni ed esiti, come questo. L' unico carattero differenzialo è l' aver innanzi a sè una lontana suppurazione: dippiù questi ascessi sotto la pressione scompariscono, rifluendo la marcia nel canale per cui prima ha transitato.

Prognosi. È quella degli ascessi freddi e dell' affeziono primitiva.

Terapia. Gli ascessi per migrazione si curano con gli istessi mezzi e con la medesima attenzione, come per gli ascessi freddi. Bisogna inoltre curare le osteiti, le carie ec. con tutti i mezzi opportuni, di cui non è qui luogo discutere.

TESI 28 — Scottatura

Intendiamo per scottatura una serie di alterazioni più o meno rapide prodotte dal calore sul nostro organismo. Il calore può essere applicato in varii modi: 1° Gas infiammabili; 2° Calorico raggiante, sole; 3° Liquidi caldi; 4. Corpi solidi in ignizione o molto riscaldati — Nelle scottature è da considerarsi l'intensità e l'estensione. L'intensità è in ragione del grado del calorico, della durata di questo su i nostri tessuti, della poca resistenza di questi. Da tutti gli effetti che ne risultano si debbono distinguere diversi gradi, pei quali noi non abbiamo limiti precisi. Chi ne ammette 4, chi 3, chi 6 ec. Noi non ammettiamo tutti questi gradi per non ingenerare confusione, ma prendiamo i due estremi rappresentati uno dal processo infiammatorio, un altro dalla formazione dell'escara, e tra questi due punti tutte le gradazioni — Distinguiamo perciò tre gradi.

Nel 1° grado le papille cutanee sono solo stimolate, e non bruciate. e perciò si ha leggiera infiammazione che può cessare in breve tempo riproducendosi subito nuove cellule epidermiche che cacciano le vecchie sotto forma di squame. Questo stato si manifesta con leggiera tumefazione, arrossimento e dolore urente.

Nel 2° grado troviamo l'essudato effuso tra lo strato mucoso di Malpighi e lo strato corneo, che si solleva in flittene. Qui l'alterazione è ancora più profonda. Rompendosi le flittone, si scovre una superficie suppurante, che può andare o a cicatrice che è sempre deformante, o ad ulcerazione ed esaurimento dell'organismo.

Nel 3° grado vi è formazione dell'escara, vuol dire che una parte della pelle o le parti molli più profonde possono restare fino all'osso mortificate dal fuoco. Sotto dell'escara in determinate condizioni si svilupperà la suppurazione con distacco del pezzo necrotico e cicatrice consecutiva. In questo grado vi sarebbero molte varietà e gradi secondarii che non vale la pena ritenerli — Nelle scot-

tature estese possiamo trovare combinate tutte queste gradazioni.

Prognosi. La prognosi è varia. Per quello che riguarda le funzioni della parte scottata si rileva da quel che abbiamo detto. Nondimeno è da por mente alle possibili deformazioni per cicatrice, come nel collo, nelle braccia ecc. Per quello che riguarda la vita, è importante, prescindendo dai gradi, l'estensione della scottatura. Si può stabilire che quando due terze parti della superficie del corpo abbiano subito una scottatura di 1° grado succederà senza dubbio la morte, che non ancora è spiegabile dalla fisiologia. Alcuni in fatti ritengono che essa avvenga per esaurimento del sistema nervoso dopo le estese irritazioni periferiche; altri vogliono che la morte venga in seguito della soppressa funzionalità della cute come negli animali cui la pelle si covre di uno strato di vernice.

I pazienti cadono in uno stato di collasso con polso piccolo, temperatura bassa, dispnea ec. e morte dopo pochi giorni od ore. Talvolta la vita si prolunga di più e si presentano sfrenate diarree con ulcerazioni intestinali. Certe volte anche quando la scottatura non fosse estesa, può divenire mortale per la vastità della lesione cutanea che mena a suppurazione spossante, massime nei vecchi e nei fanciulli, ed in individui mal nutriti.

Terapia. La prima indicazione sta nel freddo per mitigare l'azione urente e tensiva de' tessuti; ma questo difficilmente viene tollerato nelle vaste scottature perchè non può applicarsi permanentemente. Se vi sono le flittene si pungono per dar esito al siero, ma non si asportino per non lasciare denudata la cute. In generale il mezzo più comune è di guarentire la parte con pomate grasse con ovatta e col riposo. Nel 3° grado si userà una bagnatura della soluzione di nitrato d'argento, grani 10, in un oncia di acqua distillata. Se vi è qualche pezzo necrosato si asporti. Oltraciò bisogna badare ad una corrispondente medicatura per prevenire le deformazioni cicatriziali.

Nelle forme generali di collasso, ec. non c'è da fare. Daremo eccitanti, vino, brodi, bagni generali col lenzuolo bagnato ec.

TESI 63 — Varici emorroidarie e delle gambe

Circa le varici emorroidarie vi sono state tante opinioni tra le quali non pare ci sia tanta differenza come a pri-

ma vista potrebbe credersi, e la quale è nata dal perchè gli autori hanno disseccato varici a diverse epoche del loro sviluppo.

Le varici emorroidarie non sono altro che dilatazioni cistoidi delle terminazioni delle vene mesenteriche. Queste dilatazioni sono situate sulla faccia interna del retto o sul margine dell' ano; a seconda che sono posti al disotto o al disopra dello sfintere anale, vengono dette esterne o interne. Raramente sono solitarie, per lo più trovansene molte disposte intorno al retto come cercine. Il loro colore varia dal rosso carico al bronzino. Il volume varia da quello di una lenticchia a quello di un uvo di oca: la superficie ora è liscia, ora nodosa, rugosa: alcune volte sono sessili, altre volte peduncolate. La mucosa e il cellulare sottomucoso possono iperplasiare costituendo con le varici i veri *tumori emorroidarii*, che spesso poi infiammano, ulcerano ec.

Etiologia. Le cause possono essere predisponenti ed efficienti. Tra le prime vanno: 1° le condizioni anatomiche del plesso venoso mesenterico mancante di valvole; 2° l'età rare le varici nei fanciulli, ordinarie fra i 30 ai 40 anni; 3° eredità; 4° Condizioni sociali: vita sedentanea; condizioni fisio-patologiche: gravidanza ec.

Tra le seconde alcune agiscono direttamente, altre indirettamente; ma tutte agiscono o difficultando la circolazione venosa, o attivando troppo l'arteriosa. Tali sono, p. es., una congestione, una infiammazione del retto determinate dall' accumulo di materie fecali, irritazione per corpi estranei, equitazione, sedie molli ec. Come cause meno dirette citiamo le infiammazioni di organi vicini al retto, tumori addominali comprimenti le radici della porta o la vena stessa, certe malattie del fegato.

Diagnosi e sintomi. Il principio di queste affezioni passa spesso inosservato; ben presto gl' infermi pei progressi del male provano al livello dell' ano un senso di un corpo estraneo e un lieve dolore nel cammino, cavalcare ec. Colle dita se esplorano l' ano, toccano un tumore di varia natura. A poco a poco il tumore s'ingrossa e ne compariscono altri. Ad epoche, spesso periodiche, questi danno flussione sanguigna. Irritate queste varici per sostanze estranee o pel passaggio di fecce possono farsi sede di dolori vivissimi che si propagano all' uretra, al collo della vescica, alle parti perianali, utero ec. e non possono sopportare il me-

nomo contatto provocando continua voglia di defecare. Il volume cresce ancora e l' ingorgo dei tessuti vicini si fa più intenso, la circolazione è ostacolata e la defecazione è oltremodo dolorosa. Talvolta le varici si screpolano dando luogo ad emorragie che sollevano l' infermo e rendono possibile la riduzione delle medesime. Talvolta possono infiammarsi, ulcerarsi, perforare l' intestino e produrre i così detti ascessi stercoracei, o le fistole anali, e gli scollamenti. Per lenta flogosi si può ispessire il cellulare sottomucoso ed i tumori si rendono duri e si convertono perfino in una massa carnea indolente. Si distinguono i tumori emerroidarii dai polipi e dal cancro del retto, perchè i primi non presentano alcuna alternativa di congestione e afflosciamento, ed i secondi vanno accompagnati con disordini congestivi più o meno pronunciati.

Prognosi. Le varici emorroidarie sono raramente causa di morte, però possono recare gravi danni come cangrena, ulceri, fistole ec.

Terapia. La terapia è palliativa o radicale.

La prima si propone di calmare certi accidenti locali o generali. Antiflogistici, narcotici, lassativi, bagni tiepidi, riduzione ed incisioni delle varici possono essere le indicazioni per gli accidenti locali o generali.

La seconda comprende la compressione, la cauterizzazione, la ligatura, l'incisione, la resezione e l'escisione. Oggi si prescegli e la escisione col metodo dello schiacciamento lineare.

Varici delle gambe. Le varici più frequenti sono quelle che occupano gli arti inferiori, e fra le vene di questi la safena interna ne è più affetta. Da prima le varici si mostrano nei punti di divisione delle vene perchè ivi il sangue si accumula e fa maggior sforzo.

Sintomi. La dilatazione varicosa delle vene è caratterizzata da un tumore situato sul tragitto d'un tronco venoso, che scomparisce sotto una leggiera pressione e ricompare al cessar di questa. I tegumenti sono inalterati, ed in questo stato non si ha dolore o incommodo di sorta. Col progresso di tempo queste varici possono subire tutte le fasi anatomiche descritte nel parlar delle varici in genere.

Ad un periodo più avvanzato se l' infermo si espone a lavori, i tegumenti si alterano, contraggono aderenza colla vena sottoposta, il piede e il resto della gamba s' ingorga-

no più per edema che per congestione. Il corso di queste varici è lento, meno nella gravidanza. Talvolta accade che per eccessiva fatica per contusione si abbia una infiammazione eresipelatosa od un vero flemmone con gravi conseguenze, e sovente la vena s'infiamma. Questa flebite se è limitata può produrre la guarigione.

Se queste varici vengono abbandonate a se è raro che non sopravvengano le ulcerazioni (Ulcere varicose).

Etiologia. Per questa si riscontri: varici in genere.

Pronostico. Le varici delle gambe non costituiscono per se una malattia pericolosa; ma gl'incommodi possono esser gravi.

Cura. Quésta può esser solo palliativa. Calze elastiche, riposo, e tutto quello detto nelle generalità.

TESI 32 — Cistici

La cisti è un sacco chiuso tapezzato all'interno da un epitelio poliedrico, con contenuto liquido o poltaceo—Questo neoplasma appartiene agli Organoidi.

Distinguiamo la cisti in *autogena* e *deuterogena*. La 1ª è quella che si forma prima del contenuto, detta ancora *cisti vera;* la 2ª si forma dopo del contenuto, detta pure *cistoide.*

Si è distinta ancora una cisti per ritenzione e per dilatazione, e queste sono autogene.

Sede. La sede delle cisti è svariatissima, e questa può fare assumere alle cisti varietà pel contenuto; epitelii per es. possiamo trovare nelle cisti dermoidee, e molte altre cose; nelle renali urati, calcoli ec. e così per altre.

L'epitelio che tapezza internamente le cisti proliferando si ispessisce e stratifica. La cisti è più o men dura secondo il tessuto fibroso da cui è costituita.

Pel contenuto abbiamo: cisti sierose, cisti sinoviane, cisti sanguigne, cisti con contenuto mucoso, e poltaceo adiposo ec. Da ciò si vede che si può ritenere la classazione antica in *cisti sierose; cisti glandulari* e *cisti vascolari.*

La cisti può essere *semplice* (lobolare), e *composta* cioè accompagnata da altre cisti. La prima può passare nella seconda per proliferazione o per nuovo sviluppo dall'interno o dall'esterno.

Diagnosi. Tutte le cisti autogene in genere che si pre-

sentano sotto la cute si manifestano come tumori lobati ed ovoidi a cute inalterata e mobile. Il tumore stesso è mobile e indolente, fluttuante alla palpazione, di densità variabile secondo il contenuto.

La superficie è liscia — Se la cisti è vascolare, può esservi pulsazione la quale può essere un semplice fremito o un moto comunicato — Il decorso è lentissimo.

Le fasi sono varie e da loro dipende la prognosi. La principale è l'infiammazione per la quale la cisti può crescere, proliferare, suppurare ed ulcerare. Può per questo vuotarsi e riprodursi. Queste fasi appartengono più alla sierosa. Nell'ulcerazione delle vascolari può aversi emorragia. La prognosi varia secondo le diverse circostanze.

Cura. La sola indicazione è l'asportazione quando si può. Quando ciò non si può si incideranno e caustichéranno, ovvero si svuotono e vi s'inietta dentro tintura di jodo. Per la cisti vascolare, quando si può, si lighi alla base e poi si recida. Le altre indicazioni si prendono dalle varie condizioni particolari.

TESI 26 — Cangrena

Tutt'i chirurgi dicono, che cangrena è morte d'una parte dell'organismo; ma noi col nostro Professore osserviamo, che la cangrena è morbo, è processo con esito in morte del tessuto, in cui s'indova. Dunque la morte è l'esito e non la cangrena stessa, con la quale noi intendiamo una serie di cangiamenti, i quali si compiono con la morte dei tessuti e loro scissione dall'organismo. In questo processo, così eminentemente riduttivo, si tratta in maniera evidente di mancante circolazione capillare, di cessazione delle correnti nutritizie ec.

Patogenesi. Le cangrene si dividono in dirette ed indirette — 1° le dirette son prodotte da distruzione meccanica o chimica degli elementi istologici, come per compressioni, contusioni, calorico ec. — 2° le indirette sono quelle, le cui cause operano non sui tessuti direttamente, ma sui fattori della nutrizione, come embolismo, trombismo ec. Tra queste mettiamo quelle per veleni, *ergotismo*, per materie virulente, *pustula maligna*.

Le dirette meglio che cangrena si direbbero *disorganizzazioni*, salvo quella per freddo, che è vera cangrena e

che mettiamo tra le indirette, le quali sono più comuni Tra le cause di queste primeggia la flogosi e che ciò sia parrà evidente considerando le tumefazioni, le pressioni fatte da tessuti resistenti, la stasi fino alla trombosi, gli essudati infiltrati ec. E se a questi fatti aggiungiamo deperimento generale o principii settici, come il putrido il carbonoso ec., intenderemo le flogosi maligne dei nostri padri perchè essenzialmente cangrenose.

Altre volte la cagione sta nei vasi come per compressioni ed allacciature delle arterie, per embolo da endocardite, per trombo da ateromasia, marasmo cardiaco ec. Anche i capillari sia per trombosi autoctona ed estesa alle grosse arterie in secondo tempo, sia per restringimento, embolismo ec., fanno cangrena, che può esser secca ed umida. Infine anche le vene, se vengono talmente compresse che, non ostante le loro numerose anastomosi, non valgono al riflusso del sangue, producono cangrena, come succede nello strozzamento d' un ernia e può succedere nella parafimosi ec. Sappiamo inoltre che la spenta attività nervosa può far cangrena, come nell' occhio al taglio intracranico del quinto. Le discrasie forse per l' alterata crasi, pel merasmo cardiaco, restrizione vasale da anemia ec. possono far cangrena, la quale talora è prodotta dal freddo. Lo spasmo dei vasi sotto l' azione del freddo continuo fa la cangrena, che se il freddo è allontanato dipende da dilatazione paralitica dei vasi, stasi e trombosi.

Divenire ed essere. La cangrena è *calda* e non rivela ancora morte — è *fredda* e dice morte e putrescenza — può esser *umida* e *secca*, quando gli umori evaporano e sono riassorbiti. Il rammollimento è in proporzione della vascolarità e perciò i parenchimi molto vascolari soffrono ordinariamente cangrena umida. I corpuscoli rossi del sangue si scompongono e l' ematina stravasa infiltrando i tessuti, onde gli edemi rossi o neri, le vesciche e le flittene. A poco a poco viene insensibilità, freddo e gonfiore ma talora avvizzimento e disseccamento o nulla. Al rammollimento segue putrefazione e scomposizione con genesi anche di gas fetidi, d' acido butirico, idrogeno solforato ec. I tessuti non sono più riconoscibili e si distaccano, ciocchè forma il divenire di tutto il morbo.

Nosografia. Le cangrene si comportano secondo i tessuti, le cause ed il decorso del processo.

I fenomeni precursori sono quelli del morbo cagione. Confermata la cangrena, i tessuti perdono il loro colore e la loro funzione — la pelle è grigia e poi nera — le aponevrosi ed i tendini conservano la loro bianchezza; i muscoli sono bruni — violetti i congiuntivi, i nervi, vasi ec. La temperatura diminuisce a poco a poco fino al freddo marmoreo; notaste la calda che ne conserva un poco fino all'ultimo delle cose. La consistenza è varia secondochè è umida o secca e talvolta la pressione svolge lo scoppettìo di bolle gassose *c.na enfisematica.* Manca la funzione e la sensibilità e se l'ammalato duolsi della parte, che sta al cimitero, lo si deve a relazione periferica: altre volte la parte può muoversi ed allora la cangrena si trova al di sopra dei piani muscolari.

Quando in un flemmone si manifesta nel suo decorso un poco di sosta ed il morbo pare risoluto e poi si tinge di violetto e nero, mentre la tumefazione e la tensione dei tessuti diminuisce, il raffreddamento non tarda a venire, si sviluppa fetore e la cangrena è confermata.

Dato un trombo arterioso, cessa la pulsazione sotto del medesimo, il membro si raffredda e viene la cangrena preceduta talora da molesto prurito. Se il trombo comincia dai capillari l'annerimento delle parti si vede nelle estremità, la cute si raggrinza e dissecca, dolori brucianti vi si manifestano; ma poi viene il freddo, l'anestesia ec.; questi fatti progrediscono verso il tronco. Se il sangue è arrestato nelle vene per qualunque cagione sorge stasi e tensione edematosa, che diventa livida, violetta, fredda ed infine cangrena umida, mentre per le arterie è secca, salvo poche eccezioni — Le cangrene da decubito si svolgono per flogosi ed ulcerazioni; però la sola compressione e stasi fino alla trombosi può produrle, come appoggia il fatto, che tutt'i momenti etiologici non bastano, se manca il marasmo dell'organismo in generale e del cuore in particolare. Nelle cangrene da freddo, se questo dura nella sua azione, le parti sono violette scolorate anestesiche — se torna il rossore può tutto finire, ma può anche aversi lividore flittene ed indi morte con mollezza ed offuscamento della parte, *cangrena umida.* Altre volte il freddo può gelare i tessuti con tutt'i suoi umori e le parti spezzarsi come vetro. Altre volte alla costrizione vasale segue uno stato di dilatazione paralitica e ribelle, onde colore bruno

o violetto; questo succede nei pedignoni ancora e poi si compie con ulcere torpide ed estremamente restie.

Cangrenata una parte, questa viene eliminata e scissa dall'organismo; però molte volte priacchè questo fatto salutare si abbia l'infermo o muore esaurito o per infezione icoremica. Se si ha la limitazione attorno all'escara, un' afflussione vi si stabilisce ed una flogosi con sviluppo rigoglioso di granulazioni, dalle quali il distacco procede tra 12 a 15 giorni in un pezzo, se cangrena secca, in detritus o a lembi se umida. S'intende poi da sè, che il processo delimitante ha bisogno della florida comparsa di bottoni, che suppongono forze bastevoli nell'organismo. Fatti generali abbiamo nella febbre prima di carattere irritativo e poi decisamente atassico.

Decorso e prognosi. Il decorso varia secondo il processo, cagione, secondo i tessuti, la loro estensione ec. La prognosi è sempre grave, più grave se la delimitazione non si manifesta.

Terapia. Se le cause sono vincibili cercheremo allontanarle. Nelle flogosi faremo incisioni e sbrigliamenti per impedire le stasi e le tensioni; nel decubito adopreremo il letto di crini o ad acqua di Galante, faremo cangiare spesso posizione e scomparsi gli arrossimenti useremo fregamenti al limone: l'escoriazioni si trattano col nitrato d'argento. Pel freddo se vi ha cangrena non avremo che fare — se vi è dilatazione vasale con essudazioni sierose seguiranno ulcere atoniche e le tratteremo come tali.

Attuata la cangrena da flogosi sono indicati gli ammollienti per allontanare l'escara e sollecitare le granulazioni ed il distacco, se questo si ha, s'adoprino acqua di cloro, polvere di carbone, solfiti ec. per combattere soltanto il fetore — Quando arti fossero invasi, si aspetterà la delimitazione per procedere all'amputazione; in contrario la cura è puramente sintomatica, così si calmeranno i dolori coll'oppio ec.

TESI 30 — Mixomi e fibromi nasali

Il Mixoma ora è costituito da puro tessuto mucoso, ora da un tessuto il quale viene traversato da scarsi fasci di connettivo e rappresenta una massa molle, mucosa o gelatinosa. Il mixoma puro è rarissimo, e la struttura ordinaria pare mista di tessuto mucoso e connettivo.

La superficie del taglio è bianca. Il mixoma come il fibroma si sviluppa sempre dal connettivo e forma la base dei polipi nasali.

Sede. Si trovano i mixomi inseriti alla pituitaria talvolta per una larga superficie, talvolta per un peduncolo stretto più o meno lungo. Per lo più si trovano sulla parete superiore ed esterna, più di rado sul setto o sulla mucosa del cornetto inferiore. Sono solitarii o multipli, o ramosi. Possono occupare entrambe le fosse nasali. Tendono sempre ad aumentare di volume, e talvolta sono prominenti in avanti e in dietro.

Fibroma. Talvolta i fibromi nasali sono limitati alle fosse nasali; altre volte s'inseriscono nella fossa nasale e penetrano nei seni; altre volte finalmente s'inseriscono ne'seni o alla parte superiore del laringe e vengono a svilupparsi nelle fosse nasali.

Anatomia patologica. Sono duri, bianchi al taglio, formati da fibre intrecciate; s'inseriscono sullo strato fibroso sottostante alla mucosa e funzionante da periostio delle fosse nasali. La loro base è larga e quasi sempre sono solitarii. Questi tumori difformano le cavità nasali spostando perfino le ossa da giungere talvolta nell'orbita e nel cranio.

Sintomi. La sintomotologia dei mixomi e fibromi nasali non differenzia gran fatto, onde è che trattiamo quella del mixoma facendone in ultimo notare le poche differenze.

In principio si ha un incommodo leggiero che si attribuisce a corizza, ma non si tarda a disingannarsi.

La respirazione pel naso diventa difficile. Questi sintomi diminuiscono ne'tempi asciutti o aumentano ne'tempi umidi. Ispezionando la narice, si vede una massa grigio-rossastra coverta da muchi; col dito si tocca un tumore mollo elastico. Facendo soffiare il naso, l'aria o non passa, o passa sibilando, e l'infermo avverte una cosa che si sposta.

I fibromi si appalesano con gli stessi sintomi quasi e la differenza si poggia: 1° perchè lo stato igrometrico dell'aria non ha alcuna influenza; 2° il dito incontra un tumore duro e non molle; 3° la deformazione delle cavità ossee, carattere prezioso quando si abbia.

Cura. Nel mixoma la cura più accettata è lo strappamento accoppiato alla torsione.

Nel fibroma. Lo strappamento è limitato a tumori piccoli e peduncolati. Si usa la escisione e la ligatura, fuori

di questa condizione ; potendo usarsi misti questi metodi secondo il bisogno.

TESI 31 — LIPOMA

È un tumore costituito da grasso in maggior parte, potendovisi trovare frammisto del connettivo in quantità più o meno considerevole. Si distingue dagli steatomi perchè questi hanno un grasso a consistenza di sego. Se predomina il connettivo, il lipoma acquista una consistenza maggiore, meno sempre dello steatoma, e si dice *lipoma fibroso ;* se predomina il grasso la consistenza è minore e si ha il *lipoma molle* ; se predomina la vascolarità si dirà *lipoma telangectasico ;* vi può essere la calcificazione e si dirà *lapideo.* La forma più ordinaria è lobolare; ma può prendere anche la forma racemosa.

Il connettivo oltre ad insinuarsi nel tumore lo involge così che si può snocciolare, ma questo involucro non deve raggiungere tale spessezza da costituire una cisti. La genesi è doppia come negli altri tumori ; iperplastica cioè ed eteroplastica.

La sede che occupa questo tumore è esterna, cioè sottocutanea, o interna sottopleurale, sottoperitoneale, intermuscolare ec. — Il lipoma si presenta sotto triplice forma: 1° Una forma tuberosa, e sono facilmente staccabili, poco vascolarizzati ed hanno cute intatta, molle e poco aderente—2° Una forma capsulare, e si tratta di un grasso che avvolge un organo , ad es. vi sono lipomi che avvolgono un rene, una mammella, un occhio e così via, e qualche circondano altri tumori maligni —3° Una forma poliposa. Questi si incontrano negl'intestini, nel peritoneo e possono atrofizzarsi, calcificarsi e cadono.

Queste sono le forme in specie dell'iperplastico. Anche l'eteroplastico ha delle forme ma sono poco notevoli.

Cagioni. Mancano. Si svolgono più negli adulti del 30° al 50° anno e più nelle donne e negli obesi.

Diagnosi. Corso lento, tumore mobile a cute inalterata, molle al tatto e dante un senso come di crepitio che dipende da colestearina.

Prognosi. Mite in genere per la natura del tumore; ma il lipoma può infiammare, ulcerare , cangrenare ec. onde per queste alterazioni che può subire e per la sede in parti delicate, la prognosi puo divenir grave.

Cura. Estirpazione — Se è peduncolato, si allacci e si recida.

TESI 35 — Del condiloma largo — Natura — Diagnosi e terapia.

Condiloma largo. Condiloma piano. Placche mucose valgono la stessa cosa.

S'intende per condiloma largo una lesione speciale della sifilide nel periode virulento (secondario secondo altri), la quale consiste in elevatezza di color rosa, spesso di forma rotonda, colla superficie rassomigliante ad una membrana mucosa, specialmente intorno all'ano e organi genitali, sulla mucosa buccale, certe volte su altre parti del corpo, in specie alla base delle pinne nasali, e nelle ripiegature naturali della pelle. La sede più frequente è intorno all'ano e nella bocca, e nelle donne sulla vulva.

Nei bambini con sifilide ereditaria, a cagione del continuo umidore della cute, le placche mucose si possono diffondere su tutta la superficie del corpo.

Lo sviluppo dei condilomi è favorito dapertutto dalla mancanza di nettezza, e nella bocca dal fumare. In quelli che hanno quest'abitudine le placche mucose sono ostinate.

I condilomi larghi hanno diverso aspetto secondo la situazione. I punti principali di differenza si trovano in quelli che hanno sede sugli esterni tegumenti, ed in quelli che hanno sede sulle mucose; da poichè i primi consistono di dischi rotondi singoli od aggregati di color rossigno o grigiastro, granulosi ed elevati circa un ottavo di linea dalla superficie su cui sono impiantati.

I condilomi si esulcerano facilmente, quando per sfregamento la pellicola che li covre non è portata via, ed in luogo del disco elevato resta un ulcerazione rossa superficiale, ma depressa. I condilomi ulcerati al contorno dell'ano possono confondersi colle fessure anali da cui si distinguono pei margini elevati e rotondi e per la pellicola grigiastra che si vede quasi sempre ai lati della spaccatura.

I condilomi a differenza di quasi tutte le eruzioni sifilitiche sono accompagnati spesso da molto prurito, massime sul perineo e sullo scroto fra per la luridezza, pel caldo, per l'umidità e pel contato prolungato nel letto.

I condilomi lunghi sono assai persistenti e inclinati a re-

cidivare. Il loro prodotto è contagioso e riproduce la sifilide.

Terapia. Il condiloma largo essendo una manifestazione secondaria, o virulenta della sifilide, richiede un trattamento antisifilitico. Ma oltre a ciò richiede anche certe applicazioni locali che Ricord propone, le quali consistono nel lavarlo due volte al giorno colla soluzione Labarraque di cloruro di sodio, poi cospergerlo di polveri di calomelano e tener separate le superficie opposte con filacciche. Certe volte v'ha d'uopo del nitrato d'argento o del nitrato acido di mercurio. Nella bocca si tocca con nitrato d'argento od altro caustico, e si usano gargarismi diversi.

TESI 55 — Condroma ed osteoma

L'encondroma o condroma è un neoplasma cartilagineo che tien per base la condrina e può essere tanto eteroplastico che iperplastico, secondo chè nasce in tessuti in cui non vi ha sostanza cartilaginea o viceversa. L'iperplastico si può avere per semplice neoplásia di tessuto cartilagineo preesistente. Si dice ancora osteoplastico il condroma se ha per base cellule ossee.

Virchow chiama *encondrosi* l'iperplastico, ed *encondroma* l'eteroplastico.

Possono nascere in tutti i siti dove vi è base cartilaginea o nell'osso ove son rimasti punti cartilaginei.

La genesi dunque o è la cartilagine (iperplastico), o il congiuntivo (eteroplastico).

Sede. Questa si può trovare nel pulmone, tiroide e raramente nel rene, e dovunque è congiuntivo nonchè nelle ossa.

Sintomi. Il condroma è un tumore duro indolente, lobato, scabro nella superficie, lento nel suo sviluppo, ma per talune circostanze il corso può farsi rapidissimo. I lobi riuniti possono costituire un tumore enorme.

Fasi. L'encondroma può nascere o si fa cistico, e si può avere così la cisti cartilaginea degli antichi, che noi diciamo condroma cistoide. Si può cretificare o calcificare la cartilagine ed in parte anche ossificare, e se si ossifica si ha l'encondroma *ossificum*. Anche le cisti possono cretificarsi o calcificarsi. Si può avere formazione di vasi. Può infine degenerare in muco, in grasso e trovarsi accoppiato all'epitelioma.

Prognosi. L'encondroma per se è innocente, ma può rendersi nocivo per le degenerazioni e ripetizioni e per la sede. L'etiologia manca.

Cura. Gli eteroplastici sottocutanei si debbono asportare. Se nascono in parti che si possono asportare, come ossa, articolazione ec. la sola via è l' amputazione o disarticolazione. Le causticazioni sono inutili.

Osteoma. Con questo nome denomiamo le masse ossee che hanno forma di tumore sviluppatesi in luoghi dove normalmente non dovrebbero stare, e non dipendono da processo infiammatorio. Abbiamo di sopra detto potersi trovare neoformazioni ossee in tumori di diversa natura, come negli encondromi osteoplastici, nondimeno il nome di *osteomi*. si riserba esclusivamente per quei tumori che risultato esclusivamente di tessuto osseo.

Si sono distinte diverse specie di osteomi. *Osteoma eburneum*, quando la durezza dell'osteoma è fatta in predominio da lamelle calcaree. *Osteoma spungiosum*, se predomina invece il congiuntivo e perciò è men duro. Una terza specie è l' *osteoma midollosum*. Oltre a questi si possono avere diverse forme di osteomi, così *apofisicum* si dirà l'osteoma della forma di apofisi, trocleare della forma di troclea, tendineo se circondato dal connettivo che fa continuazione della guaina del tendine.

La genesi degli osteomi è la stessa come per gli encondromi, e quindi la distinzione di osteomi iperplastici ed eteroplàstici. Questi sono più rari. Ma tanto per gli uni che per gli altri vi ha bisogno del germe.

Iperplastici. Un tumore grosso e non tanto duro lo diremo *osteoma spungiosum*, se nasce dal midollo, lo diremo *midollare* e se è piccolo e duro *eburneum*. Nei fanciulli nascono quasi sempre dalle cartilagini, onde è che si possono dire questi *encondroma ossificum*.

Cause. Possiamo solo ammettere un processo irritativo.

Eteroplastici. Si son trovati nei tendini (*osteoma tendineum*), nelle pleure nei muscoli, vicino all' osso (*paraosteoidi*), nelle meningi nella cute. La diagnosi è difficile potendosi confondere con altri tumori calcificati.

Cause. il reuma, l'artrite, la gotta, la sifilide, si ritengono come cause d' osteoma. Queste discrasie possono avervi semplice influenza e niente più. E nessuno ritiene per osteomi i tofi dei gottosi che sono calcificazioni ec.

Prognosi. L' osteoma per sè è innocuo, ma la prognosi può esser grave per la sede o per l' influenza sull' organi-

smo per le ulteriori fasi, come flogosi, carie, ulcerazioni ec. Gli eteroplastici sono più gravi degli iperplastici.

Cura. La pratica napoletana raccomanda la pomata di mercurio, ma questa riesce solo per osteomi semplici. Se l'osteoma è piccolo e non produce disordini funzionali, si rispetta, altrimenti si estirpa, si riseca, si fa amputazione ec. secando la sede e il bisogno.

TESI 34 — Dell'induramento sifilitico primario e delle sue forme diverse

L'effetto immediato della inoculazione della materia sifilogena sulla cute e mucose visibili dà infallantemente una lesione particolare, i di cui caratteri parlano di una neoformazione ed è l'induramento sifilitico primario. Questa neoplasia da Tanturri vien detta *Sifiloma,* a differenza delle neoplasie secondarie (gomme).

Il Sifiloma dunque è un neoplasma i cui prodotti subiscono le fasi dei prodotti infiammatorii.

Ne distinguiamo tre forme — Piano — Condilomatoso — Gommoide o Parenchimatoso — 1° Il Piano si trova sulla cute e mucose con lieve infiltrazione di tali tessuti: si sopprimono le funzioni delle mucose o si accrescono (catarri), con distacco dell'epitelio ed escoriazione. Su questa superficie si osserva che le singole perdite d'epitelio sono di colorazione rossa nel fondo, i margini poco distinguibili. Tale perdita è sostituita alle volte dall'essudato come membranella giallastra fatta da corpuscoli linfatici granulosi con una terza amorfa intermedia. Questa forma subisce delle modificazioni. Diminuisce la sclerosi e pare una erosione con perdita di sostanza ma non da arrivare a vera ulcerazione. Può conservarsi la sclerosi e l'ulcerazione è più profonda con essudati giallastri — 2° La 2ª forma è ovoide come segmento di sfera sopra la cute, colorito forte, superficie intera con essudato linfatico liquido o a membranella. È di tre varietà: 1° Sifiloma papuloso: 2° Sifiloma come placca mucosa: 3° Sifiloma a placca — 3° La terza forma del Sifiloma è profondo gommoide con infiltrazione dura.condroide fibrosa circoscritta nel derma o connettivo sottocutaneo, alle volte pare proprio segmento di sfera, tende fatalmente per metamorfosi granulograssosa alla necrobiosi. Ha quattro varietà: 1ª Forma di no-

do duro della grandezza di mezzo pisello a forma lunare, la cui parte connessa è libera e può o no ulcerare: 2ª Gommoide profondo più esteso con ulcerazione profonda e facile accompagnato da fagedenismo o cangrena: 3ª Follicolare ove esistono glandole sebacee le cui forme segue il sifiloma nel sorgere con escavazione mediana: 4ª Questa forma ha deviazioni speciali: se fatta inoculazione nel campo di una ragade e di un ulcera preesistente abbiamo combinato le due forme prima ulcerazione e poi neoplasia. Vogliamo dire alcune cose ancora della

Anatomia Patologica. Il Sifiloma è un tessuto duro condroideo, biancogiallastro, perlaceo, che sfugge sotto le dita, premuto non dà succhi, nel taglio stride come scirro. La superficie è bianca con punti giallastri per metamorfosi grassa e con punti emorragici. Se è cronico, la fase sclerotica alla periferia è una capsula che lo involge e lo separa dal tessuto sano come un parassita. Se poi è ulcerato, offre i caratteri della necrobiosi a fondo grigio e con essudato membranoso. Si può avere degenerazione jaloidea per effetti locali. Intanto il tessuto del Sifiloma per rapporto alla forma varia nelle singole forme suddette.

Gli elementi del Sifiloma sono in genere un connettivo neoformato, cellule, nuclei, corpuscoli embrioplastici, fibre neoformate. Tale neoformazione si origina nel derma ove vi partecipa il connettivo sottocutaneo e corpo mucoso.

Le cellule sono più grandi di quelle bianche del sangue, sono granulose e con nucleo centrale o periferico.

In qualunque forma le neoformazioni invadono le papille che si fanno più larghe, alte e deformi. Il corpo mucoso di Malpighi acquista dimensione più vasta e l'espansioni digitiformi si approfondano e si moltiplicano i porocanali delle cellule.

Fase dei Sifilomi è l' ulcerazione alle volte, ed il prodotto non è pus, ma detrito degli elementi preesistenti per necrobiosi dietro metamorfosi regressiva.

Il Sifiloma può riprodurre la sifilide, ed è irrecinoculabile, meno per certe condizioni.

Durata e *corso.* Il Sifiloma dura molto tempo ed ha evoluzione torpida.

Terapia. Appena si può parlare di cura abortiva quando vedendo un escorazione dopo il coito si ricorre ed escisione o profonda cauterizzazione, poichè queste riescono senza vantaggio.

La cura è interna antisifilitica, e topicamente vale la cura cauterica come per l'ulcera venerea.

TESI 42 — FRATTURE DELL' OMERO

L' omero può fratturarsi nel suo corpo e nelle sue estremità: 1ª In seguito a traumi ordinariamente diretti tutt' i punti della diafisi dell' omero possono esser sede di frattura. I frammenti si trovano o nei rapporti normali o spostati, così se la frattura è al di sopra della inserzione deltoidea il frammento superiore è tirato in dentro dal pettorale e l'inferiore in fuori ed in alto dal deltoide; se la frattura è poi al di sotto il frammento superiore è tirato in fuori ed in avanti dal deltoide e l'inferiore in dentro ed in dietro dal tricipite. Il nessun spostamento poi può dipendere o dalla frattura stessa per frammenti dentellati o quando questa si trovi tra il tricipite e brachiale anteriore, i quali si equilibrano a vicendo. Siavi però o no lo spostamento, la diagnosi è sempre facile pei fenomeni generali di ogni frattura — 2ª Nell' estremità inferiore le scontinuità avvengono per cadute sul gomito. Il frammento inferiore è portato in dietro dal tricipite e perciò il diametro antero-posteriore del gomito è accresciuto per una sporgenza posteriore mentre nella piega si osserva il frammento superiore sporgente ed ineguale. I caratteri generali delle fratture bastono poi ad escludere una lussazione in dietro dell' antibraccio, con la quale si potrebbe scambiare. Le fratture isolate dei condili sono rare e facilmente riconoscibili — 3ª Le fratture del collo avvengono per traumi diretti e raramente per cadute sul gomito. La regione deltoidea si presenta depressa allo esterno e nell' ascella si trova una sporgenza dovuta al frammento inferiore: alzando il gomito e movendo l' omero si sente la scricchiolata. Può succedere uno scambio con una lussazione inferiore, ma la mancanza di allungamento, del tumore rotondo nel cavo ascellare, del vuoto sotto l' acromion ec. determinano sempre la diagnosi.

Prognosi. Il pronostico non è grave per la diafisi, riservato nell'estremità per le possibili flogosi, irrigidimenti ed anchilosi delle articolazioni vicine.

Terapia. Per le due prime basta una fasciatura amidata, badando però per la seconda a mettere il braccio in

flessione. La frattura del collo ha poi bisogno di una presa sul frammento superiore e questa si ottiene con un cuscinetto posto nel cavo ascellare; la fasciatura conseguente è quella del Desault. S' intende poi, che non sarà mestieri far giacere l'infermo a letto, sostenendo il gomito con nna ciarpa egli potrà dopo cinque a sei giorni attendere ai suoi affari.

TESI 45 — Fratture dell' antibraccio

Le fratture dell' antibraccio avvengono d' ordinario nella metà inferiore dietro traumi diretti e raramento per cagioni indirette, come le cadute sulle mano. Gli spostamenti sono varii secondo le varie incidenze possibili, però è singolare e costante, che i frammenti si avvicinano nello spazio interosseo. L' antibraccio diventa quindi più o meno cilindrico da appiattito che era nel senso antero-posteriore: questo fatto unitamente ai movimenti preternaturali ed alla crepitazione rende la diagnosi facile ed assicurata.

Pero le ossa antibrachiali si possono fratturare isolatamente e pel cubito, benchè ciò sia raro, pure può avvenire nella sua apofici olecranon e per metà inferiore.

Rotta la diafisi dell' ulna, il frammento inferiore si avvicina al raggio ed il superiore non si muove. Portando quindi la mano lungo il bordo posteriore e sottocutaneo si troverà un' avvoltamento, che d' unita alla crepitazione chiarirà il diagnostico. Se poi l' olecranon vien fratturato, come può succedere per traumi diretti o indiretti ed anche per trazioni muscolari, esso vien tirato in alto dal muscolo tricipite, alla sua base si trova un' infossamento trasversale, il gomito è gonfio e l' antibraccio semiflesso. Questi fatti sono associati ad effusione sierosa nell' articolazione e talvolta a flogosi ed a tetano benchè raramente.

Anche il radio può fratturarsi. Se questo avviene nell' estremo superiore, la diagnosi è facile; poichè il frammento superiore tirato in alto dal bicipite sporge nella piegatura del gomito mentre l' inferiore si ricaccia in dentro verso lo spazio interosseo. Speciale menzione però merita quella del terzo inferiore cagionata da traumi diretti o per caduta sulla palma della mano, quando è il raggio che solo sostiene il peso del corpo, non articolandosi il cubito direttamente col carpo. Succede che il frammento supe-

riore s' infossa nell' inferiore che s' inclina in dentro e verso la faccia dorsale risalendo sul primo. È per questo fatto che al lato dorsale e dietro l' articolazione radio-carpiena esiste un dorso di forchetta cioè una sporgenza e poi un' infossamento, mentre nel lato palmare si osserva l' inverso. Il pugno diviene quasi cilindrico e la crepitazione può mancare.

Prognosi. Il prognostico di queste fratture non è grave salvo quella dell' olecranon per le complicanze e per gli esiti, fra i quali l' anchilosi.

Terapia. Si farà la riduzione e poi la fasciatura, la quale spesso richiede compresse graduate per mantenere i frammenti, che cercano spostarsi verso lo spazio interosseo. Ordinariamente basta l' uso d' una palmare e solo quella dell' olecranon ha bisogno di maggior attenzione; l' arto si pone in flessione per la possibile anchilosi, si mettono compresse in forma di cono tenente la sua base sull' apice dell' apofisi e ridotta la frattura si applica una fasciatura al silicato di potassa.

TESI 45 — Fratture della gamba

Le ossa della gamba in seguito a traumi diretti o indiretti si fratturano ordinariamente tra il terzo medio e l'inferiore e raramente in altri punti. I frammenti, quando sono trasversali, non subiscono sensibili spostamenti, se però sono obliqui il frammento superiore sporgerà innanzi o indietro secondochè l' obliquità è da dietro in avanti o in senso inverso. I fenomeni generali pertinenti alle fratture qui sonvi tutti e rendono certa la diagnosi, che la deformità consistente in un' incurvatura per lo più diretta in avanti faceva fortemente sospettare. S' intende poi da se, che molte varietà ci sono e fra queste basti dire, che alcune volte il perone non si rompe all' istesso livello della tibia e che tal' altra è tanto bassa, che il suo centro comunica con l' articolazione tibio-tarsea.

Si può rompere solamente la tibia o nell' estremo superiore dietro traumi diretti o nel corpo ed estremo inferiore per cagione diretta o indiretta. Queste scontinuità sono oblique o trasversali, ma possono essere anche longitudinali, come qualche volta succede nell' estremo superiore, dove poi succedono fratture comunicanti con l' artico-

lazione del ginocchio, come avviene per la tibio-tarsea se la rottura è troppo bassa. Spostamenti ne avvengono ed in vario senso, spesso però mancano e solo i fatti generici ci portano alla diagnosi della scontinuità associata a contusione più o meno grave, come per lo più nello estremo superiore.

Benchè il perone fosse da tante parti molli difeso dai traumi, pur esso si frattura più frequentemente che la tibia. Le cause sono dirette o indirette, come cadute sui piedi in diverse posizioni. Secondo questo si riconosce una frattura: 1° per *istrappamento*, quando cadesi sul piede in adduzione; 2° per *divulsione* quando sul piede deviato in dentro o in fuori; 3° per *diastasi* quando la caduta porta rottura dei ligamenti tra tibia e fibula e poi rottura di questa. I fenomeni della scontinuità sono chiari così nella divulsione e diastasi si ha sempre spostamenti del piede e del malleolo, che può trovarsi pure fratturato, si trovano sporgenze e depressioni, crepitio ec.

Prognosi. In genere non è grave, però le comunicazioni con articoli ed altre complicanze la rendono riservata.

Terapia. Fatta la riduzione si applicherà un' apparecchio amidato. Le complicanze si combattono secondo i principii generali.

TESI 38 — Aneurisma dell' ascellare

Sull'arteria ascellare s' incontra ogni specie di aneurisma. Non fia discaro se qui ricordiamo la sede e rapporti anatomici dell' arteria ascellare — Essa è la continuazione della succlavia ed ha un tal nome dal momento che esce dai due scaleni fino al margine inferiore del cavo ascellare. Quest' arteria accompagna il plesso ascellare, da tre principali cordoni nervosi del quale è circondata, avente innanzi ed un poco in dentro la vena ascellare. La vena cefalica le passa innanzi per versarsi nell' ascellare. In dentro è coverta solo dalla cute ed aponevrosi ascellare.

Ora all' aneurisma — Gli aneurismi più frequenti sono i spontanei forse per i movimenti del braccio. Possono occupare tutti i punti dell' arteria.

Sintomi. Il tumore spinge innanzi il gran pettorale o in dietro il gran dorsale; talvolta solleva anche la clavicola, con possibile consumazione delle costole, aderenze pulmonari e deviazione dell' articolazione scapulo-omerale. Il

braccio è impedito di avvicinarsi al tronco, e per la compressione su i nervi del plesso brachiale si svegliano vivi dolori nel membro. Oltre a ciò torpore del braccio, e mancanza di pulsazione della radiale e cubitale. Le note obbiettive del tumore si riscontrano con l'aneurisma in genere — Se le osservazioni non sono più che esatte, la diagnosi può essere erronea.

Cura. Allacciatura col metodo di Anel o sotto della clavicola o sopra.

TESI 60 — Aneurisma della femorale

Sull'arteria femorale possono aver luogo tutte le varietà di aneurisma. Le cagioni sono le stesse che per l'aneurisma in genere — È più ordinario trovare dei tumori aneurismatici al disopra che al disotto del sartorio. In ognuno di questi casi è chiaro che saranno diversi i rapporti del sacco. Essendo circondato da parti poco solide e poco resistenti, il tumore può svilupparsi molto rapidamente ed acquistare un volume considerevole. La forma varia per la sede. A livello dell'inguine in fatti il tumore è rotondo e quasi peduncolato, mentre che nella parte inferiore è piatto.

Sintomi. Questi non differiscono da quelli di ogni altro tumore di tal natura. La diagnosi è facile, ma può esser confuso con certi ascessi flemmonosi, collezioni liquide o semiliquide, cisti ec. Verso la piega dell'inguine vi sono le ernie, i ganglii suppurati, le varici della safena, gli ascessi per congestione che potrebbero intrigare la diagnosi; ma con le note riportate nell'aneurisma in genere, non sarà malagevole stabilirne la differenza.

Cura. Si hanno molti esempi di guarigione spontanea. L'unico o meglio il principale trattamento è la ligatura dell'iliaca esterna col metodo di Anel.

TESI 44 — Fratture del femore

Le fratture del femore si studiano nella diafisi, nel collo e nell'estremo inferiore.

1° Corpi contundenti di gran volume, cadute sul ginocchio fratturano la diafisi del femore nella sua parte media, in vicinanza dei trocanteri o dei condili. I fram-

menti sono ordinariamente spostati, portandosi il superiore in fuori e l'inferiore in dentro, mentre il peso dell'arto e le contrazioni muscolari tendono a far piegare la coscia ad angolo in avanti ed infuori. Nelle fratture in vicinanza dei condili gli spostamenti son diversi; poichè il frammento inferiore tirato dai gemelli si porta in dietro e sporge nel poplite ed il superiore si pone in avanti.—Avuta la frattura, la coscia è ruotata in fuori, la sua convessità esterna ed anteriore è accresciuta, vi è accorciamento, mobilità preternaturale e sensibile scricchiolata. Nelle fratture in basso poi l'osservazione dei soli spostamenti rende la diagnosi facilissima.

2° Possono rompersi i condili o tutti e due unitamente od un solo per cause ordinariamente dirette e perciò seguite da serie contusioni. I fenomeni sono gonfiore e dolentia del ginocchio, abbassamento della rotula, crepitazione ec.

3° Le fratture più difficili del femore sono quelle, che interessano il collo e che vanno divise in *estra* ed *intracapsulari* secondochè hanno sede fuori o dentro la capsula articolare. L'intra-capsulare può interessare la capsula ancora, come nell'altra i tessuti molli vicini ne restano più o meno impegnate. Le cause efficienti sono dirette o indirette per cadute sul ginocchio o sul piede: le disponenti sarebbero l'osteoporosi il sesso ec. secondo alcuni, i quali credono che le intracapsulari siano proprie dei vecchi e delle donne, mentre le altre solamente possano avverarsi in tutti. I frammenti si ponno spostare o no e, se quello avviene allora il frammento inferiore ruota da dentro in fuori mentre si porta in alto ed in dietro.

Il membro è più corto, abdotto e ruotato in fuori e perciò il tallone guarda in dentro, mentre la punta del piede è diretta in fuori: atteso la profondità manca spesso il crepitio. La frattura è evidente, ma è intra od estracapsulare? Secondo alcuni gli archi di cerchio, che nella rotazione in dentro descrive il gran trocantere, sarebbero nulli girando esso sù di se medesimo nella frattura estracapsulare. Il valore pratico di questo e di altri segni è nullo, onde la diagnosi differenziale resta impossibile nel maggior numero dei casi.

Prognosi. Le fratture del femore son gravi per la cagione, che ha dovuto agire, pel facile accorciamento e pel

tempo, che l'individuo deve giacere a letto; quelle dei condili e massime del collo sono però più gravi per la possibile sinovite e per gli esiti. Nelle fratture intracapsulari oltre ad esser difficile il mantenerle ridotte, la mancanza di parti molli vicine rende problematica la formazione del callo e spesso i frammenti sono riuniti da soli ligamenti fibrosi.

Terapia. Nelle fratture del collo fatta la riduzione, che è facile, s'applica l'apparecchio ad estensione continua o si adopra il metodo inglese consistente in tenere in semiflessione la copia, sulla quale si fa dolce trazione nel senso dei frammenti: questa pratica dà però meschini risultati. Nelle altre fratture si fa una fasciatura dal piede per impedire l'edema e poi s'applicano ferule di cartone come per gli apparecchi gessati inamidati ec. Per impedir poi l'accorciamento s'adoprano le macchine a distensione continua. Gli apparecchi iponartesici sono anche usati in questa scontinuità.

TESI 1 — Infiammazione

Il concetto della infiammazione è assai complesso e vario, che noi difficilmente potremmo abbracciarlo, quando guidati non fossimo dalla clinica e dall'anatomia patologica. Partendo intanto dal fatto più fondamentale stabiliamo: ***Flogosi essere un processo d'esagerata ed atipica nutrizione difforme in mezzo all'uniformità di certi elementi comuni.*** Questa esagerata ed atipica nutrizione muove da uno stimolo sempre, però i limiti fra la irritazione la flogosi e le sue uscite noi non possiamo stabilire. Noi non sappiamo dire quando lo stimolo sia nella sua pienezza senza esser flogosi, se la ipertrofia e la neoplasia rappresentino la stessa o siano un contenuto della flogosi, come dovrebb'essere. Imperocchè questa non esce sempre in ipertrofia e neoplasia, ma altre uscite pur si veggono e fra queste la suppurazione, i processi riduttivi fino alla necrosi; dov'è dunque l'univocità nella sua intrinseca evoluzione? È difforme in mezzo all'uniformità di certi elementi comuni e questi si comprendono nei seguenti — 1° stimolo; 2° accresciuta attrazione degli elementi stimolati; 3° alterazione chimico-organica di alcuni prodotti; 4° aumento di ossidazione; 5° alterazioni nervose e circolatorie nei tessuti vascolari ed innervati.

Nosografia. Le note locali della flogosi sono quattro: calore, turgore, rossore, dolore.

1° *Turgore.* Tumefà una parte infiammata e lo si deve alla flussione, esagerato assorbimento, essudazione e proliferazione. — *a*) L' elemento stimolato assorbisce molto più attivamente onde da un lato inturgidisce ed intorbida e dall' altro determina una flussione maggiore di succhi nutritivi — *b*) Questa flussione è diversa secondo i tessuti; 1° nei tessuti sforniti di vasi sanguigni e del sistema vaso-connettivale cartilagine, è *umorale* e si verifica attraverso alla sostanza intercellulare per semplice diffusione — 2° in quelli sforniti di vasi sanguigni e forniti dell' altro sistema cornea, è *vaso connettivale*; 3° nei tessuti vascolari la più saliente è la sanguigna. Questa è spiegata con la teoria vaso-paralitica e meglio con quella dell' attrazione istologica; con questa gli elementi attraendo più vivamente determinerebbero afflusso di succhi interstiziali e questi dal loro lato stabilirebbero quello del sangue. Osservate in fatti che, quando una flogosi si stabilisce in tessuti non vascolari, si determina una iperemia in quelli vascolari prossimiori. Ma evvi un' altra specie di flussione ed è la leucocitica, *migrazione*, per la quale molti leucociti confluiscono nel punto stimolato: questi leucociti in massima parte procedono dal sistema vaso-connettivale ed in minima dai vasi, dai quali fuoriuscendo non attraversano già vie nuove ma quelle esistenti tra il detto sistema da una parte ed i vasi sanguigni e linfatici da un altra — *c*) Però molti elementi istologici esistenti nel punto infiammato procedono da semplice e locale proliferazione secondo la dottrina del Virchow — *d*) Resta l'essudato che è prodotto locale procedente non solo, come pretende Virchow, da secrezione cellulare atipica per atipica nutrizione, ma anche, come insegna De Martini, dai vasi, che trasudano per maggiore pressione siero e fibrinogeno, il quale in contatto col fibrinoplasto dei leucociti ec. coagula.

2° *Rossore.* Dipende dall' iperemia e talvolta da effusione di ematina o sangue in sostanza, si trova perciò nei vascolari solamente.

3° *Dolore.* Nei tessuti innervati i cangiamenti fisici e chimici del tessuto infiammato stimolano i nervi e fanno dolore che sarà pulsante, bruciante, terebrante ec.

4° *Calore*. Essendo la flogosi esagerata nutrizione sarà in corrispondenza ossidazione maggiore e quindi termogenesi aumentata. Le note *generali* sono diversissime, come cefalea, brividi, malessere, inappetenza e febbre, che sapete esser prodotta da corpi pirogeni.

Etiologia. Dove evvi nutrizione e tessuti che si nutriscono può insorgere la flogosi, sulla quale possono vasi e nervi influire, ma sarà sempre influenza e non dipendenza. Gli elementi istologici sono autonomi, si nutriscono e talora atipicamente senza aver bisogno dei vasi e nervi, come d'altronde la flogosi in tessuti che ne mancano il dimostra. I tessuti, si sa, sono varii e dissimili, varia quindi deve essere l'infiammazione: ecco un argomento di più per sostenere del suo processo. Le cause, che risvegliano la flogosi, sono i traumi di varia natura.

Esiti. Un fatto assai culminante è, che in principio della flogosi tutto sia cellula di pus, che o passa a permanenza di tessuto o si perde. In somma gli esiti o sono componenti, *iperplasia*, *ipertrofia*, *neoplasia* o riduttivi, *atrofia*, *rammollimento*, *ulcerazione* ec. Può intanto una flogosi risolvere e questa risoluzione viene distinta in istantanea e lenta: la 1° o *delitescenza* non sapremmo comprenderla quando la flogosi si è veramente stabilita: han forse confusa alcuni flogosi con iperemia? La 2ª avviene gradatamente: l'essudato e la cellula pus degenerano in grasso, *latte patologico*, e si riassorbiscono, come i liquidi quando si ha essiccamento ed obsolescenza.

Decorso. Per questo benedetto decorso si arrovellano i chirurgi e non s'intendono. Gli antichi parlavano di flogosi maligne perchè conducenti a cangrena, oggi si sa che è cangrena settica e voi come tale la riterrete. Evvi una flogosi cronica, che spesso riscontrerete in clinica, e pare che dipendesse da accasciamento delle tensioni chimico vitali, da lentezza di circolazione locale, onde i tessuti malamente irrorati vanno soggetti a rammollimento ed ulcera, se il lento processo non si cacci in produzioni iperplastiche o neoplastiche.

Terapia. Di fronte ad una flogosi il chirurgo si trova fornito di tre indicazioni: 1ª *prevenire*, 2ª *moderare*, 3ª *dirigere*. La preventiva è causale e quindi si allontaneranno le cagioni, che o possono indurre o fomentano una flogosi già stabilita. Per moderare e dirigere s'ànno mezzi

locali e generali. Tra i generali tralasciando il salasso novereremo il tartaro stibiato, il mercurio; il calomelano e tutta la miriade dei displastici : voi proscriverete questi farmaci, bastandovi gli evacuanti, i diaforetici, le bibite subacide, gli oppiati per soddisfare alla cura sintomatica.

Tra i locali poi abbiamo qualche cosa di meglio : 1° le mignatte e le coppette scarificate, che agiscono come rivulsivi e diminuiscono la congestione, alla quale voi dovete indrizzarle se non le volete vedere del tutto inutili : 2° s'è adoprata la compressione o per impedire l'afflusso nel campo infiammato o applicata sù questo stesso per favorire il riassorbimento di essudati : queste cose sono utili e voi potete praticarle : 3° abbiamo gli astringenti e poi il più potente antiflogistico, cioè il ghiaccio : questo però deve maneggiarsi con giudizio, e voi non le terrete per un tempo assai protratto per evitare la cangrena e nè in modo così intermittente, che le reazioni consecutive alle sue singole applicazioni congiurino ad aumentare la flogosi. Il ghiaccio riesce utile non solo perchè sottrae calorico e calma il dolore, ma anche perchè combatte le vive flussioni. 4° Se la flogosi non vi sente e progredisce, rendete più facile i movimenti amibiformi della cellula pus coi cataplasmi caldo-umidi. Agevolata così la suppurazione, l'ulteriore vostra azione la modificherete secondo i criterii esposti altrove.

TESI 9 — Mastoite

Sotto il nome di *mastoite* e *mammite* si dovrebbe intendere la infiammazione della sola glandola mammaria, però i chirurgi non solamente vi comprendono questa ma anche quella dei tessuti periambienti.

1° Nella vera mastoite il morbo comincia come ingorgo, ma poi si riscontra turgore dolentissimo irregolare e bernoccoluto ed a cute inalterata. Così i fatti procedono per qualche tempo e verso il dodicesimo giorno si manifesta la suppurazione, la donna è presa da brividi, il pus s'insinua tra gl'interstizii dei lobuli, infiltramenti marciosi si formano, pus con latte può sortire dal capezzolo, la cute s'infiamma e perfora in uno o più punti in vicinanza dell'areola. Può — è vero — il pus incanalarsi nei dotti galattofori, spesso però seni si formano e saccocce, che solcano la glandola in vario senso.

2° Quando il tessuto cellulare sottocutaneo è sede di flogosi s'ha vero flemmone con razzature como fosse cresipelatoso, tumefazione dei ganghi ascellari; rossore, caloro e dolore acerbissimo e superficiale, mentre nello mammite è pulsativo e profondo. Viene la suppurazione con collezione purulenta spesso molto piccola e talora considerevole che poi s'apre allo esterno.

3° La infiammazione talvolta ha sede nel tessuto cellulare retromammario è accompagnata da forti sintomi febbrili, dolori pungenti e profondi, la mammella pare che s'allunghi gittandosi in avanti, la sua cute è però inalterata. Questa flogosi risolve raramente e se pus formasi, questo avviene in breve tempo. La marcia talora si apre nei dotti galattofori e ne esce mista a latte, in certi casi si versa nel torace, ordinariamente però la perforazione accade allo esterno e verso l' areola. La marcia raccolta è molto spesso assai abbondante ed allora è facilissimo piucchè in altro caso osservare come, premendo la mammella contro il torace, essa si caccia verso la periferia e forma un cercine assai distinto alla base della glandola in parola.

Esiti. Queste flogosi raramente risolvono e se talora interviene la risoluzione è lenta e graduata. L' ipertrofia e l'adenoma possono conseguirne, ma quest'esito è più proprio delle croniche flegmasie.

L'uscita dunque ordinaria è l' ascesso, che può aprirsi nei dotti galattofori stabilendo vero fistole lattee, le quali dan poca speranza di guarigione se la secrezione lattea non s'è prima stagnata. Osserverete pur spesso tragitti anfrattuosi molto ribelli e qualche volta il versarsi — come ho accennato — della marcia nel cavo toracico con esiti assai gravi. Finalmente avvertite, cho il pus talora si caseifica ed anche calcifica e voi il vedrete cacciarsi fuori come massa tubercolizzata.

Diagnosi. I flemmoni superficiali sono di facile diagnostico, qualora le note generali non si dimentichino od applichino a rovescio.

Il difficile sta nel distinguere gli ascessi parenchimatosi dai retromammarii—qui giova profittaro della genesi, evoluzione e delle note già significate. Se v'è stato un ingorgo e poi si son presentate delle bozze nella glandola, sarà probabile una pura mastoite e la confermerete coll'altro fatto che la mammella non è tutta quanta allontanata dal petto, che il cercine manca ecc.

Cause e prognosi. Le cagioni di queste flogosi sono traumi e spesso traumi erotici (!) come certi tocchi, alcuni titillamenti e perfino morsi (!!). Sono più frequenti nelle donne, che allattano, e nelle puerpere per i facili ingorghi, ragadi ecc. Una flogosi parenchimatosa può diffondersi al connettivo sottocutaneo ed al retromammario, senzachè ciò dicesse non potersi da questi stabilire primitivamente e per altre cagioni, come per periostiti ed osteiti delle coste succede nel retromammario. La *prognosi* è uniforme agli esiti e perciò riservata, quando il pus si versa nel torace, non grave negli altri casi.

Terapia. Combattete le cause e specialmente gl'ingorghi con allattamento artificiale o naturale secondo il bisogno, coi diuretici-lassativi-diaforetici, con applicazioni topiche, fra le quali quelle della pomata di cloruro di calcio. Se intanto la flogosi si svolge applicate cataplasmi, sostenete la mammella, aspettate la suppurazione ed avuto l' ascesso apritelo. Negli ascessi retromammarii e parenchimatosi, sospendete l' allattamento, nei superficiali ciò non bisogna, ma fatelo in primo tempo per risparmiare uno stimolo di più. L'apertura dei retromammarii si dee fare in basso e piuttosto larga: alla stessa, fate susseguire una fasciatura espulsiva. Per le fistole mi limiterò a dirvi, che se anguste le dilaterete, che v'insinuerete tubi da drenaggio ecc.

TESI 46 — Lussazioni

Lussazione è la rimozione compiuta o incompiuta dei capi dell' osso dalle loro cavità corrispondenti permanente contro natura, con perdita completa o in massima parte dei loro normali e vicendevoli rapporti, lo che si congiunge ordinariamente a lacerazione della capsula articolare.

La lussazione è compiuta quando il capo osseo esce totalmente senza restarvi alcun rapporto, come avviene nell' articolazione coxofemorale; è incompiuta la lussazione (sublussazione) quando i capi articolari non hanno perduto interamente i loro rapporti e questo succede nelle articolazioni ginglimoidali.

Le lussazioni possono essere traumatiche, e ciò d' ordinario, congenite e spontanee. Di queste ultime non parleremo, costituendo esse l' esito di taluni morbi articolari, per processi ulcerativi che invadono i capi articolari, non-

chè i ligamenti e capsula—Le cagioni occasionali delle lussazioni sono le potenze esteriori e le contrazioni muscolari, comunque queste siano assai rare. Le potenze esteriori possono agire direttamente o indirettamente come per le fratture.

La lussazione può essere semplice, doppia, multipla. La prima è semplice spostamento, multipla o doppia è quando un osso si lussa in due o più parti.

Le lussazioni possono essere complicate ancora quando vi pigliano parte i tessuti molli circostanti. Le complicanze possono essere intrinseche o estrinseche. Le prime sono quelle che vanno indispensabilmente accompagnate colla lussazione, ad es., dilacerazione della capsula articolare; le seconde sono lesioni che avvengono in parte più o meno lontane prodotte da contusioni ec. Le complicanze oltraciò possono esser primitive e consecutive.

Le prime sono: 1° Contusione dei tessuti per la fuoriuscita del capo articolare. 2° Rottura di ligamenti. 3° Emorragia nei cavi articolari. 4° Frattura la quale è più grave quanto più è vicina all'articolazione. 5° Ferita dei tessuti esterni che mettono i cavi in comunicazione coll' aria, onde i gravi effetti.

Le seconde sono: 1° Tetano. 2° Fatti infiammatorii, artriti, sinoviti ec. 3° Cangrena. 4° Infine anchilosi.

Nelle lussazioni inoltre e da considerarsi la direzione che può variare e dare diverse guide per la riduzione.

L'esponente della lussazione è l'osso che sta più lontano dal tronco e che va denominato in ultimo ad es., nella lussazione della tibia, la tibia va denominata in ultimo dicendosi: *Lussazione femoro-tibiale.*

Sintomi. I sintomi sono varii, tra quali alcuni sono appariscenti ed altri oscuri, ed i primi possono rendersi oscuri per le complicanze, massime pel turgore infiammatorio.

Un primo fenomeno è la cambiata forma dell' arto per lo spostamento di un capo osseo da una cavità o da un altro capo — 2° La cambiata linea di direzione con accorciamento od allungamento dell' arto — 3° I perduti rapporti dell' estremo dove sta la iussazione col resto del corpo — 4° Gonfiore per spostamento, cui possono aggiunger-

---

Errore=A pag. 45 v. 24 *avvoltamento* leggi *avvallamento.*

si i fatti infiammatorii per le possibili contusioni — 5° Diminuiti, o mancati, o alterati i movimenti normali con dolore subiettivo — 6° Alla palpazione si toccano tessuti in un sito dove normalmente non dovrebbero stare; ed imprimendo de' movimenti, servendosi anche dell' eterizzazione, quando altrimenti non si può, si sente uno scroscio fatto dal capo osseo su tessuti molli, e talvolta da grumi sanguigni. Infine si tenti la riduzione, la quale sarà difficile, ma avvenuta rimane stabile; e questo carattere nei casi dubbii basta a differenziare una lussazione da una frattura. In genere la lussazione si dirà *recente* fino all' 8° o 10° giorno e dopo si dirà *inveterata*.

Alterazioni Anatomiche. Lussazione recente. La capsula articolare e sinoviale rotta, e la fenditura è piccola o grossa, ad occhiello, sfrangiata o triangolare secondo la grandezza del capo fuoriuscito ed il meccanismo onde è avvenuta la lussazione; ed intorno al collo si restringe per ingorgo. La rottura sfrangiata si presta più alla riduzione. Queste sono alterazioni intrinseche. Abbiamo altre estrinseche fatte dal capo articolare e dal trauma sui tessuti molli, e queste sono svariatissime e si riducono alle lesioni comuni. Può rimanere un apertura permanente, e si hanno perciò le lussazioni abituali.

Pronostico. Questo è variabilissimo secondo quello che abbiamo detto sopra, sia rispetto alla vita, sia rispetto alla riduzione e conseguenze per l' arto.

Il ristabilimento dei movimenti è in ragione della lussazione e dell' articolazione lussata — Se la lussazione non è ridotta, come inveterata, e la riduzione è più o meno difficile secondo il tempo, l'articolazione così via; per es. la scapula si può ridurre fino a dopo un anno, il femore fino a 3 mesi ma con poco successo, e talvolta si deve fare per altri accidenti, come sarebbe la compressione su tronchi nervosi.

Terapia. Ridurre gli spostamenti, mantenere la riduzione, prevenire e curare gli accidenti. Per la riduzione faremo la estensione e controestensione, e per mantenere la riduzione ci serviremo dei diversi apparecchi secondo il bisogno. Cureremo le complicanze secondo la natura e il grado. Adopreremo così antiflogistici per la flogosi; chiuderemo le ferite; faremo la resezione se vi ha suppurazione articolare con minaccia di pioemia; compressione ed al-

lacciatura per la rottura di vasi importanti, ed infine si amputerà quando vi sia pestamento grave di tutti i tessuti in primo tempo. E così infine cureremo i fenomeni come si sviluppano.

TESI 47 — Lussazioni dell' omero

La lussazione scapulo-omerale avviene facilmente ed ha quattro varietà, *sottoglenoidea*, *sottocoracoidea*, *sottoclavicolare*, *sottospinosa*.

1ª Nella sottoglenoidea il capo dall'omero viene a situarsi sotto la cavità glenoide tra il tricipite ed il sottoscapolare. La spalla appare appiattita, teso il muscolo deltoide, sporgenti le apofisi acromion e coracoide, sotto delle quali la mano si sprofonda fino alla cavità articolare. Tutto l'arto è allungato, l'ascella è conservata e nel suo fondo si palpa il capo dell'omero coverto da poche parti molli. Il gomito è allontanato dal tronco, l'avambraccio è flesso sul braccio, cui i movimenti comunicati riescono poco dolorosi.

2ª Nella sottocoracoidea la testa dell'omero va a mettersi sotto l'apofisi coracoide tra la fossa glenoidea ed il muscolo sottoscapolare. In questa lussazione evvi appiattimento del deltoide massime indietro, l'ascella è impicciolita ed al suo lato interno trovasi un tumore rotondo che si muova coi movimenti del braccio, mentre al lato esterno e sotto l'acromion osservasi un vuoto corrispondente alla fossa glenoidea. L'arto è poco o nulla allungato, il gomito poco allontanato dal torace ed i movimenti passivi possibili salvo l'adduzione che riesce molto dolorosa.

3ª Nella sottoclavicolare l'omero colla sua testa si pone tra l'apofisi coracoide il muscolo sottoscapolare e la clavicola. Il deltoide è poco appiattito in dietro, poco sporge l'acromion, mentre sotto la clavicola si palpa una prominenza rotonda dovuta al capo dell'omero che solleva la parte anteriore dell'ascella. Il braccio è abbreviato, il gomito accostato al tronco ed ogni movimento torna impossibile.

4ª Quando infine si verifica la lussazione sottospinosa, il capo dell'omero sta in fuori della fossa glenoide ed allo esterno, immediatamente sotto dell'acromion. Questa lussazione è ordinariamente incompleta, si ha un leggiero ap-

piattimento del deltoide in dentro ed in avanti, un tumore poco pronunciato si palpa in avanti della spina della scapula, mentre il braccio è allungato avvicinato al tronco e ruotato in dentro: i movimenti sono impossibili.

Etiologia. Le cause sono raramente dirette e d'ordinario sono indirette come cadute sul gomito. Queste cause producono le diverse lussazioni suddette secondo le varie posizioni, in cui si trova l'omero: così se il braccio si dirige in fuori ed indietro nella caduta, il capo dell'omero si sposterà in avanti ed allo interno portando lussazione sottoclavicolare, mentre sul gomito abdotto e portato in avanti la caduta ci darà una lussazione sottoglenoida o sottocoracoidea.

Terapia. La controestensione si fa con un largo fascio sotto l'ascella e fissando la scapola, l' estensione sul braccio e la riduzione al solito imprimendo movimenti in un senso o nell'altro all'omero secondo la specie del suo spostamento. La fasciatura è quella a corpo associata ad una fionda per sostenere il gomito.

TESI 48 — Lussazioni dell'antibraccio

L' antibraccio può lussarsi in varii sensi, in dietro cioè in avanti e lateralmente — 1ª La lussazione in dietro è completa o incompleta; nella completa l' apofisi coronoide viene a situarsi nel fondo della cavità olecraniena e la testa del radio fuori il condilo, nell' altra l' apofisi coronoide e la testa del radio si pongono sotto l' estremità articolare dell' omero. I legamenti anteriore e laterali sono quindi più interessati nell' una che nell' altra e così pure dell' arteria brachiale e nervo mediano, che possono rimaner tesi ed anche lacerati. Il braccio è semiflesso ed accorciato, si estende difficilmente, l' olecranon sporge in dietro col tricipite, che forma una corda tesa e distante dall' omero, il quale coverto dal bicipite e brachiale anteriore forma nella piega del gomito un tumore duro: la deformazione è quindi nel senso antero-posteriore. Questo si verifica nella completa, poichè nell' altra i fenomeni benchè dello stesso genere sono molto meno salienti — 2º La lussazione in avanti avviene o con la rottura dell' olecranon o senza di questa, quando si cade sul gomito coll' avambraccio fortemente flesso, poichè solo così l' olecranon

può scorrere e portarsi in avanti dell'estremo inferiore dell'omero. L'avambraccio è allungato, in flessione leggiera e può piegarsi in dietro con sporgenza dell'olecranon e testa del radio tra il pronatore rotondo e supinatore lungo. In dietro sporge la estremità inferiore dell'omero, sulla quale si tende il tricipite e si osservano le due fossette corrispondenti alla carrucola ed al condilo — 3ª Le lussazioni laterali avvengono all'interno ed allo esterno, sono ordinariamente incomplete, ma possono essere pure complete. Nelle incomplete è il radio o l'ulna, che si toglie dal contatto coll'omero secondochè la lussazione è esterna o interna; nelle complete poi ogni contatto è tolto fra l'omero e le ossa dell'antibraccio, le quali sono lateralmente ricacciate.

La deformità del gomito in queste lussazioni è nel senso trasverso e la diagnosi di esse è facilissima badando alla sporgenza laterale del radio o del cubito o di tutti due ed a quella dell'omero sul lato opposto.

Di tutte le lussazioni descritte la più ordinaria è la posteriore e completa, la quale si produce massimamente per cadute sulla mano ed a braccio esteso; poichè l'omero viene così a premere fortemente sul ligamento anteriore, che si lacera e gli permette passare avanti l'apofisi coronoide.

Prognosi e cura. La prognosi non è molto grave salvo complicanze, fra le quali la più frequente è la frattura dell'olecranon. Si fa controestensione sul braccio, estensione sull'avambraccio, cui imprimendo movimenti in avanti, in dietro o lateralmente secondo il caso si eseguirà la coattazione. Fatta una fasciatura ad 8 in cifra sul gomito coll'avambraccio in flessione, si sosterrà questo con una fionda e così tutta la cura è terminata.

TESI 49 — Lussazioni del femore

Ne abbiamo quattro varietà, delle quali due anteriori e due posteriori; le anteriori sono *la ischiopubica e la ilcopubica* — le posteriori sono *la ischiatica* e *la ileoischiatica.*

Anteriori. 1ª *Ischio-pubica.* Il capo del femore corrisponde alla fossa ovale, mentre il gran trocantere sta inclinato indietro verso l'acetabolo ed è ricoverto dal muscolo otturatore esterno. La natica è depressa ed appiat-

tita a livello del gran trocantere, e la piega della natica stessa è ribassata. La coscia è allungata di pochi centimetri, è abdotta, ruotata infuori e semiflessa.

2ª *Ileo-pubica.* Il capo del femore giace sull' eminenza ileo pettinea solleva lo psoas ed il retto anteriore, il gran trocantere è inclinato indietro. La natica è appiattita, la testa del femore col tatto si osserva nell' inguine dove fa sporgenza, la coscia è estesa abdotta e ruotata in fuori, è pure accorciata sensibilmente ed i movimenti passivi di adduzione e rotazione in dentro sono impossibili, come si verifica ancora per l' antecedente lussazione.

Posteriori. 1ª *Ileo-ischiatica.* La testa del femore viene a situarsi sull' estremo inferiore della fossa iliaca esterna ed allo esterno della cavità cotiloidea, è diretto in dietro mentre il gran trocantere verge allo innanzi. Evvi sporgenza della natica con elevazione della sua piega; l' esplorazione profonda può arrivare al capo del femore ricoverto da parti molli assai doppie e massime dal piccolo gluteo. Il gran trocantere è avvicinato alle cresta iliaca antero-superiore, la coscia è accorciata leggermente flessa addotta e ruotata in dentro.

2ª *Ischiatica.* Il capo del femore sta in fuori ed indietro dell' acetabolo a livello della gronda situata sopra alla base dell' ischio, il gran trocantere è inclinato in avanti. La natica sporge in fuori ed in basso, la testa del femore può palparsi direttamente sull' ischio, la coscia è allungata ed il gran trocantere si trova ribassato ed allontanato dalla cresta iliaca antero-superiore. L' arto è in semiflessione addotto e ruotato in dentro; l' abduzione e la rotazione passiva in fuori sono impossibili, come per la lussazione antecedente.

Etiologia. Le cause sono dirette o indirette e sempre violente, onde la prognosi è sempre riservata. Le cause indirette sono le cadute ed allora secondo le diverse posizioni dell' arto si hanno le diverse lussazioni: se al momento della caduta la coscia si trovava addotta e portata in avanti con lieve flessione sul bacino si avrà la lussane *ileo-ischiatica* o la *ischiatica*, mentre se trovavasi abdotta e forzatamente ruotata in fuori si avrà la *ischio-pubica* o l' *ileo-pubica.*

Cura. Si usa fare la controestensione con un laccio o fascia applicata al bacino, l' estensione si esegue sulla co-

scia o fissando un laccio estensore sul ginocchio secondo il grado di resistenza, che si trova. Quando i capi articolari trovansi allo stesso livello il chirurgo farà la riduzione imprimendo al femore movimenti diversi per dirigere il capo del femore verso la cavità cotiloide. Fatta la riduzione il riposo in letto si rende neccssario per molti giorni.

TESI 50 — Lussazioni della tibia

La tibia si lussa in varii modi, in dietro, in avanti, lateralmente, e di rado per rotazione.

La lussazione in dietro può essere completa o incompleta. Nella incompleta la gamba sembra più corta, la rotula è ribassata inclinata in basso ed in avanti; le tuberosità della tibia si palpano nel poplite respingendo i gemelli, gli ammalati camminano claudicando. I ligamenti sono stirati ma non rotti.

Nella compiuta, che forse non si è osservata che sul cadavere, i sintomi sono gli stessi ma molto più salienti sporgendo tutte le tuberosità tibiali in dietro. Nel cavo del poplite si avverte un tumore; la gamba è realmente abbreviata e si possono avere le conseguenze delle lesioni di continuo su i vasi.

La lussazione in avanti può essere anche completa o incompleta. Nella incompleta la tibia si fa in avanti, un tumore sotto del ginocchio, e la rotula muta le sue relazioni. La gamba è leggermente flessa o estesa, può con dolori portarsi in dietro ed in avanti; la rotula è rivolta in alto; le tuberosità della tibia sporgono in avanti e quelle del femore in dietro rialzando i gemelli.

Nella completa la gamba è estesa mobile abbreviata; il ligamento rotulo tibieo fa con la rotula angolo retto. La tibia sporge in avanti, il femore in dietro.

Le lussazioni laterali sono in fuori o in dentro. Se in dentro la tuberosità interna fa sporgenza sul ginocchio, l'esterna una depressione, il ligamento rotulieo è volto in basso ed in dentro. Se all'infuori i sintomi sono del tutto opposti— Di questa ve ne ha tre gradi: uno dove il condile esterno poggia sopra la cresta mediana dell'osso della tibia, quindi prominente in fuori la tuberosità esterna della tibia, la rotula si avvicina alla tibia ed il bordo superiore si fa interno; un altro è quando il condile esterno colla

sua faccia articolare poggia sulla faccia articolare interna della tibia; un terzo sarebbe la lussazione compiuta rarissima ad avvenire — Lo stesso in senso inverso si dirà della lussazione in dentro. — Vi sarebbe la lussazione per rotazione rarissima, e qui è la rotula che rappresenta il punto principale della lussazione.

Cause. Le lussazioni in dietro sono prodotte da cadute sul ginocchio in seguito di urti violenti sulla sua tuberosità anteriore, mentre il femore è fisso. Quelle in avanti con meccanismo inverso. Le laterali per cadute, stando la gamba addotta od abdotta.

Cura. La riduzione è facile con la controestensione sul femore, estensione sulla gamba. Fasciatura amidata ponendo l'arto in estensione. Dopo 5 o 6 settimane si faccia muovere un poco la gamba e se si può si adoperi la ginocchiera.

TESI 51 — Lussazioni del piede

Il piede può esser lussato variamente, in dentro cioè in fuori, in avanti, in dietro, in alto e per torsione.

Avvenendo una lussazione in dentro l'astragalo si pone in modo, che la sua faccia superiore diventa interna e questa inferiore; questa lussazione è complicata ordinariamente dalla frattura del malleolo esterno. Se il piede si lussa all'infuori avviene l'inverso per la maniera di porsi dell'astragalo non solo, ma anche pei fatti esterni e visibili; mentre nella prima la pianta guarda all'esterno, il margine esterno del piede diviene superiore e l'interno inferiore, nella seconda la pianta guarda all'indentro, il margine esterno del piede diviene inferiore, l'interno superiore ed allo esterno si osservano due sporgenze dovute all'astragalo ed al malleolo esterno. Questa lussazione inoltre complicasi talvolta con frattura del perone ed allora il piede è meno deviato e si hanno i segni della frattura.

Quando il piede si lussa in avanti od in dietro, esso non è deviato nel 1° caso l'astragalo si porta in avanti, la parte anteriore del piede è allungata, i malleoli sono respinti indietro, la tibia tocca il tendine di Achille e sulla faccia dorsale del piede si osserva la sporgente faccia superiore dell'astragalo; nel 2° l'astragalo si porta in dietro, la tibia sporge sul tarso e fra esso ed il tendine d'A-

chille evvi una larga depressione, il dorso del piede è accorciato ed i malleoli respinti in avanti.

La lussazione in alto non porta puranco deviazione del piede e consiste nel conficcarsi, che fa l'astragalo tra la tibia ed il perone con la perdita dei suoi movimenti con l'accrescimento dello spazio intermalleolare e ribassamento dei malleoli — Nella lussazione per rotazione si ha deviazione del piede e questa può essere interna od esterna. Non si creda intanto che questa specie sia facile ad esser osservata in pratica; ma comunque si sappia che è l'astragalo, il quale subisce un movimento di torsione intorno all'asse della tibia. Si supponga una rotazione in fuori ed allora la punta è diretta in fuori, il calcagno in dentro ed il malleolo esterno è ordinariamente portato in dietro; nella rotazione in dentro succede l'inverso.

Etiologia. Le cause son d'ordinario cadute sul piede, secondo le cui diverse posizioni avremo differenti lussazioni. Se si cade sul piede abdotto avverrà l'interna, l'esterna se addotto; la lussazione in dietro per cadute sulla punta del piede piegata ad angolo sulla gamba, quella in avanti se sul calcagno.

Cura. Estensione pel piede, controestensione sulla gamba, riduzione con imprimere movimenti al piede secondo la specie di lussazione. Si mantien ridotta la lussazione *tibio-astragalea* con apparecchi inamovibili od amovo-inamovibili come per le fratture del terzo inferiore della tibia.

TESI 68 — Calcoli vescicali

Per lo studio dei calcoli svolgeremo quattro argomenti, cioè: 1° sostanza; 2° esistenza; 3° numero e 4° grandezza dei medesimi.

I chirurgi considerando i calcoli in riguardo alla loro composizione riconoscono i semplici, i composti e quelli che hanno per nucleo un corpo estraneo. I componenti dei calcoli sono acido urico, ossalato di calce, fosfati calcico ed ammoniaco-magnesiaco, cistina, urato d'ammoniaca ec. Se ora vi piace prendere una o più di queste sostanze avrete calcoli nel primo caso semplici e nel secondo composti. Sezionandoli voi rinverrete generalmente un

---

Errore = A pag. 55 v. 14 leggi: *per sostenere la difformità del suo processo ec.*

nucleo centrale e poi tanti strati disposti più o meno concentricamente; ora sono questi strati che nei composti risultano formati da sostanze diverse, mentre nei semplici il componente è un solo od uno molto predominante con piccole tracce di altri elementi. È questa la dottrina di Fourcroy, il quale rinveniva, che talora il nucleo centrale è fatto da corpi estranei i più dispacati. Dippiù varii di questi calcoli possono essere aggruppati da sostanze mucose ec. e dare sembianza di un calcolo unico. La forma dei calcoli è diversa e potete rinvenire gli appiattiti, oblunghi, lenticolari, faccettati, i lisci, gli scabri ec. il colore e pure diverso secondo la composizione, così sono fulvi quelli di urati, bruni quelli di ossalati ec.

Per dimostrare l' esistenza d' un calcolo si hanno argomenti razionali e prove fisiche. 1° Le urine hanno sedimento terroso nel fondo o nel giro del pitale, possono ritrovarsi arenule ec.; ecco sintomi razionali non razionali, poichè son cose che stanno senza calcolo ancora e questo può stare senza di esse. Ma l' ammalato vi fa osservare che nel bel mezzo della più buona minzione il getto s' interrompe e dolori l' affliggono: direte fra voi stesso esser il calcolo, che seguendo la corrente delle urine s' imboaca e s' incunea nel collo della vescica; ciocchè resterà confermato, quando nella supina posizione il calcolo scende in fondo della vescica per proprio peso e la minzione si esegue magnificamente. Ma badate che la pietra può rimanere incuneata nel collo vescicale ed allora l'urina gocciola da se continuamente attraverso una doccia, che à scavata di lato al calcolo. Intendete poi bene i processi che la presenza d' un calcolo, massime se scabro, può generare e che vi daranno nelle urine ora deposito di muco, ora pus, sangue, reazione alcalina, odore ammoniacaco ec. I dolori si provano alla vescica e massime al suo collo, alla punta dell' asta come pizzicore, che spinge i ragazzi a stirare curiosamente il loro pene, che vi si presenterà dopo qualche tempo sproporzionato alla loro età. I dolori sono varii per intensità e durata e talvolta oscuri come nella *iscuria paralitica*. I dolori vengono ordinariamente ad accessi, gl' infermi si contorcono in mille maniere guaiscono e dopo tanti stenti eliminano poche gocce di urina. 2° I fatti fisici si concentrano nella esplorazione colla sonda, che introdotta in vescica vi farà avver-

tire un corpo estraneo producendo un urto che si comunica alla vostra mano, un rumore variante secondo la diversità dei calcoli. Potete così osservarne anche la durezza, le scabrizie, la lunghezza ma sempre in modo approssimativo, poichè spesso il calcolo è bislungo e la sonda passa pel lato suo più corto. Così si riesce talora a constatare anche il numero, benchè in certi casi i risultati del sondamento fossero totalmente negativi, trovandosi il calcolo innicchiato tra pliche della mucosa fino ad esserne completamente coverto.

Esiti. Abbandonato il morbo a se stesso sarebbe utopia aspettare risoluzione non potendosi i calcoli disciogliere. Dunque si va sempre avanti e vi si presenteranno cistite, pielite, ulcerazioni, fermentazioni, uroemia ec. ma l'infermo può anche incontrare la morte per estremo esaurimento.

Etiologia. Di causa non sappiamo un' acca e soltanto sulle basi della statistica possiamo dire, che vi sono più soggetti i fanciulli degli adulti, più gli uomini delle donne.

Prognosi. Dipende dagli esiti.

Terapia. La cura è preventiva, palliativa, radicale. 1ª Come preventivi si danno i carbonati alcalini, le acque di Vichy, l'uva orsina ec. 2ª Combatterete i sintomi e sotto quest' aspetto avrete bisogno, secondo i casi dei semicupii, balsami, oppiati ec. 3ª Dei litontritici o dissolventi dei calcoli non bisogna parlare e massime di quelli che vengono iniettati per l'uretra, pei quali non sapremmo se tendessero più ad attaccare la vescica che le concrezioni. Dell'estrazione per l'uretra del calcolo intero diremo che si può tentare nelle donne per la dilatabilità della loro uretra e che negli uomini quando i calcoli si siano nella medesima soffermati si pratica anche dovendo eseguire la bottoniera. La vera cura radicale è: 1° il *taglio*, delle cui diversità nella medicina operatoria; 2° la *litrotisia*, fragmentando il calcolo con strumenti opportuni; negli adulti e quando accidenti non vi siano è preferibile, secondo noi, questa a quello.

TESI 69 — Stringimenti uretrali

Le diminuzioni del calibro o stringimenti dell' uretra sono di varie specie.

1° *Spasmodici*. Negati da alcuni, ed affermati da altri. Questi però sono possibili. In parecchi punti dell' uretra esistono fascetti muscolari, che irritati si contraggono spasmodicamente impedendo l' entrata del catetere e perfino l' uscita dell' urina. Tali ostacoli furono trovati al bulbo, al collo della vescica ed anche lungo l' uretra, poichè si dice che fibre periuretrali sieno contrattili.

2° *Infiammatorii*. Tumefazioni flogistiche dell'uretra variamente estese possono indurre grave difficoltà all' urinazione, e l' urina esce talora a gocce con vivi dolori, mentre è impossibile immettere la sonda più sottile. Questi fatti che possono accompagnare qualunque uretrite, non han bisogno che di riposo, mignatte e bagni caldi.

3° *Organici*. Questi sono i più gravi che richiamano l' attenzione del chirurgo. Essi sono prodotti da retrazioni più o meno estese di tessuti patologici in seguito o di lesioni traumatiche, o di flogosi uretrali. Quindi ferite, lacerazioni prodotte da sonde, cauterizzazioni ec. appartengono al primo genere, mentre la blenorragia, specialmente cronica, le altre uretriti appartengono al secondo genere.

Anatomia. Nei restringimenti del primo genere noi abbiamo una cicatrice bella e fatta con tutte le sue proprietà retrattili. In quelli del secondo genere, la flogosi passata dalla mucosa alla sottomucosa produce proliferazione connettivale, che si retrae restringendo l' uretra. Questi stringimenti possono essere più o meno estesi e pronunciati.

Sintomi. Gl' infermi si accorgono che il getto dell'urina si va rendendo sempre più filiforme e poi appena possono urinare gocciolando, fino a non poterlo fare affatto (stranguria). A misura che il getto si fa più filiforme, l'arco del medesimo diminuisce ed arriva il tempo che gl' infermi si bagnano le scarpe ed i calzoni. I bisogni d'urinare sono più frequenti e la difficoltà cresce col crescere dello stringimento e gli sforzi che esige la urinazione mentre prima erano poco notevoli, si fanno sempre più violenti fino a provocare involontarie defecazioni e alla produzione di ernie. I dolori vanno paripasso coll' affezione che però non si può dire dolorosa. Se esistono però ulcerazioni o flogosi dietro lo stringimento, i dolori sono vivissimi, mentre in altri casi i dolori sono sordi e profondi

come di peso al perineo. Non è raro vedere erezioni dolorose ed il coito ancora. Se le urine vengono molto trattenute, si fanno alcaline. Per accertare la diagnosi si adoperano cateteri di vario calibro.

La prognosi varia secondo la data, l'estensione e l'esser più o meno lontano dal collo della vescica.

Cura. Si sono adoperati diversi mezzi, ma oggi si può dire che i più usitati sono la dilatazione e le incisioni. La dilatazione forzata è stata eliminata dalla scienza. Utilissima è la graduata mediante candelette successivamente più grandi introdotte nell'uretra ed ivi rimaste per qualche tempo. Nei restringimenti più gravi, dopo averli vinti con la dilatazione graduata, si fanno incisioni multiple con l'uretrotomo — Si adopera ancora per certe condizioni l'uretrotomia esterna quando lo stringimento è invincibile.

TESI 27 — Contusione

Contusione, è diminuita coesione degli elementi staminali dei nostri tessuti con fuoriuscita di sangue e senza scontinuità dei comuni tegumenti.

Etiologia. Potremmo passarcela con dire che le cause delle contusioni sono corpi contundenti; ma che ne guadagnereste? I corpi contundenti agiscono o pel peso o per la violenza o per pressione; però le diversità di effetti sotto identiche condizioni dimostrano quanta sia l'influenza dei tessuti. In altre parole diremo che l'effetto *contusione* dipende dalla potenza o corpo contundente e dalla resistenza, che sta in ragion composta della compattezza dei tessuti e della stabilità del punto di appoggio.

Distinzioni. Secondo la diversa intensità dei fattori della contusione, questa deve esser varia pel suo essere divenire ec. Ecco quindi i chirurgi a stabilirne diversi gradi secondochè meglio loro pareva e piaceva. Noi non staremo quì a ripeter storie vecchie e più o meno inutili, onde ci limitiamo a dire che i gradi di contusione sono stabiliti più per calcoli e prove indirette, che per prove obbiettive, essendovi integrità dei comuni tegumenti. I criterii di diagnosi sono detratti dalle alterazioni dei nervi, dei vasi e dei tessuti, dalle potenze, dalle fasi ec.

1° Il primo fenomeno è un dolore ottuso e spesso come formicolio, che s'irradia a punti più o meno lontani e dopo

pochi minuti diviene dolore cocente. Questi fatti sono dovuti a commozione o disquilibrio molecolare dei nervi, piucchè a contusione o schiacciamento dei medesimi cui succederebbe paralisi; ciocchè è raro in verità, essendo i nervi pei loro molli rivestimenti interessati meno direttamente. La commozione dei nervi periferici altre volte produce uno *stupore locale*. Diremo infine, che per cadute sui piedi e massime sul capo può accadere una commozione dei centri, per la quale talora si muore ancora e nel più dei casi si ricevono forti turbamenti nel circolo e nel respiro.

2° La contusione dei vasi si palesa con fatti più chiari. Noi tralasciamo i possibili aneurismi, l'effusioni sanguigne profonde ec., limitandoci ai fatti sottocutanei, che sono molto più ovvii e frequenti. Il sangue effuso o infiltra o si raccoglie; nel primo caso abbiamo l'*infarto*, nel secondo l'*ecchimosi*, o l'*ecchimoma* secondochè la sanguigna raccolta è minore o maggiore. L'effusione sanguigna sta in ragione del corpo contundente e della vascolarità dei tessuti, però uno stupore locale e paralisi vasomotoria la modifica. Vi influiscono inoltre le scabrizie delle ferite vasali, che non sono a margini precisi, i grumi che si formano e più ancora la maggiore o minore cedevolezza dei tessuti — le palpebre p. e. lo scroto, le grandi labbra divengono facilmente sedi di forti infarti per la lascezza del loro connettivo.

3° A cute illesa noi non possiamo giudicare lo stato dei tessuti, i quali ponno esser così malmenati, che la loro morte debba esserne la conseguenza ed allora è *cangrena*. Supponete una contusione in tutto l'ambito p. e. di un arto e vi convincerete del nostro asserto.

Essere e *divenire*. Avete potuto accorgervi, che secondo la contusione noi ammettiamo tre gradi *infarto*, *ecchimosi* ed *ecchimoma*, senza pretendere, che essi siano nettamente delimitati.

a) Infarto. Troverete i tessuti alquanto tumefatti, dopo 1 o 2 giorni il colore prima tra il rosso e il violetto diviene bruno e poi verdognolo ed in ultimo giallo-arancio o giallo-chiaro secondo la quantità maggiore o minore di sangue. Questo colorito giallognolo persiste per alquanto tempo. spesso anche per mesi, ed alfine sparisce per dare luogo al colore normale. La fibrina ed i globuli si dissol-

vono in fini granuli e vengono riassorbiti: i cambiamenti di colorito dipendono dalle metamorfosi dell'ematina.

b) e *c)* Parliamo unitamente dell'*ecchimosi* e dell'ecchimoma o *ematoma*, sapendo voi niun limite certo precisare la prima e la seconda raccolta e come per gradini moltissimi si passi dall'una all'altra. L'ecchimosi si presenta recisa e delimitata in piccolo perimetro, l'ecchimoma tutto il contrario. Per l'ordinario troverete un tumore a tinta bluastra, quasi indolente, molle e fluttuante: questo tumore prende diversi nomi secondo la sede, p. e. dicesi *cefalo-ematoma* se sta tra il cranio ed i suoi integumenti, *episio-ematoma* nelle grandi labbra, *ematorace* ec. L'ecchimoma da piccole può prendere grandi proporzioni ed esaminandolo più tardi potrete trovare alla sua periferia un cercine duro per fibrina coagulata e colla palpazione ricevere un senso di crepitio per grumi in sospensione. Osservate ora alcuni particolari: 1° Lo stravaso può scomparire per riassorbimento, che nei versamenti considerevoli si ha con minore costanza e può inoltre essere impedito per diverse ragioni, come pei grumi, per ispessimento del connettivo delimitante ed anche per la contusione stessa, che fiaccando in vario grado la vitalità dei tessuti ostacola positivamente il fatto in parola. 2° Intorno allo stravaso il connettivo ispessisce ed allora o *a)* lo stravaso subendo degenerazione viene riassorbito e rimane una *cisti deuterogena* piena di siero, come spesso avviene nel cervello—o *b)* la parte fluida dello stravaso viene riassorbita e rimane il così detto *tumore fibrinoso*, formato come bulbo da tanti strati concentrici, e che può anche calcificare ed organizzarsi per attività dei leucociti. 3° Ma la contusione è stimolo che può condurre a flogosi, la quale ordinariamente va in suppurazione ed allora la cute marcisce a poco a poco da dentro in fuori finchè si perfora con uscita di sangue e pus. 4° In certi casi lo stravaso va soggetto a decomposizione con gli esiti facilmente supponibili, cioè flogosi locale acutissima e fatti generali assai gravi.

Di questi esiti per ordine di frequenza viene prima il riassorbimento — poi la suppurazione ec. Voi intendete che la quantità del sangue effuso è un criterio molto insicuro per stabilire i gradi della contusione, perciò dovete attendere ancora ai fattori della medesima, ai fatti generali,

al decorso e agli esiti minaccianti ec. Fra questi abbiamo, che talvolta i tessuti divengono bentosto freddi e neri, sono invasi da putrefazione, avviene flogosi locale ec. Riscontrate l'articolo *cangrena* per ciocchè riguarda contusioni con esito in morte dei tessuti.

Prognosi. È uniformata all'essere ed al divenire, però concepite facilmente, che puossi avere morte per semplice commozione dei centri nervosi; badate quindi anche a questo fatto nel formolare il vostro prognostico.

Terapia. Il chirurgo ha il debito d'impedire ulteriore stravaso e di procurare il riassorbimento di quello avvenuto. Sotto questo aspetto si adopra lo spirito canforato, l'acqua vegeto-minerale, la tintura d'arnica, l'aceto ed in ispecie il freddo e la compressione. Questi mezzi ponno riuscire utili non solo pel citato riguardo, ma anche perchè rieccitano i nervi e la vitalità dei tessuti; cose, che d'altro lato coadiuvano pel conseguimento dello scopo prefisso.

Resiste l'ecchimoma ed allora adoprate la tintura di iodo— tende alla infiammazione ed in questo caso servitevi del ghiaccio; se viene suppurazione ed ascesso, aspettatene l'apertura e curatelo come tale. Minacciando piemia, farete incisioni multiple ed iniezioni antisettiche, china ec. Potrete inoltre comprimere l'ecchimoma, onde il sangue raccolto s'infiltri e riassorbisca più facilmente; ma, se sospettate di decomposizione del sangue, evitate di far ciò e praticate l'apertura sottocutanea con tutta quell'attenzione, che meritano gli ascessi freddi per impedire l'entrata dell'aria ed il successivo icorizzamento.

Per gli esiti in cangrena riscontrate l'articolo corrispondente.

TESI 37 — Ferite e sue specie

La definizione del concetto, *ferita*, finora non è stata esattamente precisata dai chirurgi, non ostante potremo ritenere, che essa sia una scontinuità sanguinante prodotta nei nostri tessuti da esterne violenze rapidamente operanti. Queste esterne violenze sono gli strumenti feritori e perciò secondo questi abbiamo ferite da taglio, da punta, contuse, le quali comprendono ancora quelle per armi da fuoco, ed in ultimo le ferite lacere. Le cagioni talora por-

tano seco talune specificità e così è, che abbiamo le ferite virulente od avvelenate per morsi di animali velenosi o principii particolari che un coltello, p. es., anatomico può inoculare.

Ferite da taglio. Strumenti come sciabole, coltelli ec. premendo e segando su i nostri tessuti possono alfine recidere i medesimi superando la loro resistenza e produrre una scontinuità con margini affilati e netti. Osserverete casi, in cui un corpo contundente agendo su parti molli che covrono ossa taglienti, producono ferite simili; ciò può succedere perchè essi stessi sieno aguzzi, però la contusione non manca mai ed i fatti consecutivi ve lo confermeranno. Le ferite da taglio ora interessano i tessuti nel senso della profondità, che sarà più o meno sensibile fino a raggiungere le ossa, ed ora lo fanno in modo che un lembo venga staccato dalla superficie. Queste ferite a lembo si devono differenziare da quelle con perdita di sostanza, poichè in questo caso un lembo di tessuti asportasi interamente dalla superficie del corpo. Finalmente abbiamo le ferite penetranti in qualcuna delle organiche cavità con interessamento o no dei visceri contenutivi.

I fenomeni primitivi sono: 1° il *dolore* che varia secondo le parti, le dita p. es., il capezzolo i genitali sono estremamente dolenti; secondo l' offesa sapendosi che le punture dolgono assai più delle recisioni dei nervi, alle quali può succedere torpore; secondo la irritabilità e secondo ancora il grado di attenzione, che l' individuo presta al ferimento. 2° l' *emorragia*, per la quale s' intende facilmente che essa per qualità e quantità dipende onninamente dai vasi recisi, posto mente alla loro specie ed al loro lume. 3° ***Divaricamento***, onde le margini della ferita s' allontanano e questa prende forma di due piani inclinati, i quali s' uniscano ad angolo la cui sommità guardi il profondo della ferita. Questo divaricamento dipende in primo tempo dalla interposizione dello strumento feritore e poi dalla retrattilità dei tessuti, che in ordine decrescente s' osserva nella cute, nei muscoli, nelle aponevrosi, nei nervi ec.

Dopo questi fatti primitivi vengono i consecutivi e questi vengono rappresentati dalla flogosi, dalla suppurazione, dalla cicatrice tetano ec. Trascurando però ciocchè allontana l' esito della ferita parliamo della cicatrice, la quale può aversi per 1ª o 2ª intensione. La cicatrice di 1ª intensione o

immediata si ha tutte le volte, che le margini ne stanno a contatto fra loro, altrimenti la ferita per guarire dee necessariamente passare per le fasi di piaga. Quando possono tenersi a contatto le margini di una ferita si ha fra esso una quantità di cellule per migrazione e proliferazione congiuntivale, dei vasi vengono neoformati; onde un tessuto di cicatrice è bello e fatto. Ma supponete un coltello che abbia agito ripetutamente da non dare bordi affilati; supponete che questi siano tesi ed infiammati, che vi sia pure contusione o corpi estranei, che in un lembo la circolazione sia minima e voi intenderete facilmente che queste sono condizioni sfavorevoli per la cicatrice immediata. E allora che la ferita dopo alcun tempo si covre di una sierosità e nella sua superficie appaiono punti bianchi che sempre più si estendono ed alfine si disciolgono e la ferita si mostra seminata di piccole granulazioni. Si dice che in questi casi la ferita è detersa, le granulazioni crescono ed all'ottavo giorno dalla loro superficie emana una massa cremosa e gialla, *pus bonum et laudabile.* Dopo alcun tempo il processo componente predomina e la cicatrice si avvia dalla periferia al centro, salvo il caso, che nel mezzo della ferita siano rimasti pezzi di tessuto del Malpighi, poichè allora da questi può la cicatrice cominciare ed aversi le così dette *isole.*

Da punta. D'ordinario le ferite da punta sono associate a quelle da taglio, può intanto un corpo acuminato contundere e divaricare i tessuti penetrandoli in maggiore o minore profondità. Da ciò rilevate che in queste lesioni i fatti di dolori predominano su quelli di emorragia; poichè i vasi anzichè esser offesi sono allontanati. Queste ferite devono inoltre infiammare e suppurare essendo unite a contusione, la quale impedisce la cicatrice immediata; di più esse penetrano più facilmente in cavità e quindi hanno una prognosi riservata e massime se interessate arterie pel possibile eneurisma.

Contuse. Corpi contundenti da un colpo di bastone fino alla ruota di carro ed ai macigni ci danno ferite a margini irregolari ed a brani. Secondo il grado della contusione si hanno guasti più o meno profondi, così i muscoli si possono trovare auncinati, lacerate le fasce, lembi pendenti, fratture ec. Frequentemente è l'ulteriore decorso che ci fa conoscere i guasti avvenuti per queste ferite,

nelle quali i caratteri esterni non devono mai lusingarci. Fra i fatti primitivi il dolore è poco o nullo per lo stupore dei nervi schiacciati e l'emorragia è a principio scarsa anche se interessate ne fossero arterie voluminose. Questo fatto si spiega dal rallentamento del moto cardiaco e dall'esser le tuniche vasali schiacciate ed arrotolate come turacciolo nel lume delle arteriè; però in secondo tempo il cuore si rianima e terribili emorragie ponno intervenire massime se i detti turaccioli non siano completi o perchè trombi in via di formazione vengono allontanati. Per la contusione i tessuti sono più o meno mortificati, la cute fredda ed oscura, onde la cicatrice è mediata. I tessuti contusi muoiono e dai sottoposti vivi si svolge un processo flogistico con granulazioni, che demarcano e distaccano i medesimi. Tutto questo succede variamente secondo la profondità ed estensione del ferimento, il cui ulteriore decorso si mostra lento e quasi vacillante. Inoltre le ferite contuse si associano talora a putrefazioni locali ed icoremia, alla formazione di escare che cadendo dieno luogo a fatali emorragie.

Lacere. Queste avvengono per istrappamento corpi dentellati ec. ed hanno per caratteri proprio l'irregolarità di superficie e bordi, la scarsezza di emorragia ed il poco dolore. Possono essere unite a contusione, ma se non lo sono la loro prognosi sarà sempre migliore che nelle contuse; poichè in esse i fatti si limitano a quelli apparenti. Non è mestieri poi dire che parti molli, dita, braccia ed arti intieri possono esser strappati dall'organismo.

Da armi da fuoco. Queste sono eminentemente contuse. I proiettili possono operare strisciando e scavandosi una grondaia sul corpo, entrare nelle parti molli e rimanervi, rompere ossa ed infine perforare i tessuti con orificio d'entrata a bordi depressi e contusi ed eguale o più piccolo — alcuni lo vogliono più grande dell'orificio di uscita, il quale è più irregolare nei bordi che sporgono in fuori e sono meno contusi. Il tragitto non è sempre rettilineo, poichè un proiettile incontrando un osso può variamente deviare. Coi proiettili possono entrare nella ferita corpi estranei, come pezzi di abiti cinti piastre ec., e rimanervi mentre il proiettile in alcuni casi ne riesce per l'entrata stessa dopo un rimbalzo. Il dolore è poco, anzi talora vi è stupore della parte ed anche dell'organis-

mo; l'emorragia è scarsa, ma può esser imponente nel lume del vaso interessato: gli altri fatti locali variano secondo la forza e grandezza del proiettile. Consecutivamente poi la parte infiamma, duole, vi è febbre, alcuni tessuti mortificano e la suppurazione si stabilisce. La prognosi di queste lesioni è sempre riservata; poichè le complicanze specialmente nervose sono frequenti piucchè nelle altre.

Avvelenate. Sono quelle accompagnate da inoculazione di principii particolari, come per morsi di serpenti di cani rabbiosi per ferite anatomiche e da strumenti avvelenati. Punture di api portano dermiti circoscritte fino al flemmone, morsi di vipera sono seguiti da dermiti estese, febbre, vomiti ambascia, itterizia ec., e le ferite anatomiche da linfangioiti ed adeniti, ascessi ed infezione, la quale in taluni casi si vide di carattere setticoemico e fulmineo.

Diagnosi. 1° Bisogna osservare le vesti e la posizione in cui l'individuo fu ferito. 2° La sede direzione ed estensione della ferita. 3° L'arma e le diverse aperture possibili. 4° Non bisogna subito prendere lo specillo, poichè la forma della scontinuità, i materiali usciti, le funzioni alterate sono spesso tali da chiarire la diagnosi e dalla diagnosi dipende la prognosi, la quale dipende dal genere di ferimento, dall'organo interessato, dai fatti generali, che una ferita può svegliare come tetano, piemia, flebiti ec.

Cura. In quelle da taglio le margini a contatto con liste adesive fasciature adatte o con le diverse specie di suture per avere la cicatrice, che non potendo avere passeremo a ricovrire la ferita col cerato di Galeno. Avuta la suppurazione la cureremo come tale e come ulcera se tale diviene.

Nelle contuse si è adoprato il bagno ad immersione, l'irrigazione, il ghiaccio si adopra ancora e riesce non solo a limitare le flogosi e suppurazioni consecutive e le subitanee putrescenze dei tessuti contusi. Avuta la suppurazione possono rendersi necessarie controaperture drenaggio ed iniezioni disinfettanti ec. Lo stato generale poi potrà richiedere una cura roborante ed anche il chinino associato alla morfina.

Nelle ferite da armi da fuoco il trattamento richiede cacciare i corpi stranieri con pinzette e se questo non riesce cercheremo dilatare onde agire con maggior effica-

cia; ma mai però ci spingeremo all' imprudenza. In prosieguo non è mestieri far altro che mettere filaccia bagnata nell'acqua di saturno o clorata. La febbre ed i fenomeni generali saranno curati coi mezzi risaputi.

Per le avvelenate e cadaveriche è indicato lavarle e farle sanguinare, se la ferita si arrossisce si causticherà profondamente. I morsi di vipera poi da alcuni si curano con le coppette e da altri con i caustici potenziali.

TESI 38 — Emorragia da ferita

In seguito a ferite e specialmente da punta e taglio succedono emorragie, che noi divideremo in capillari, arteriose e venose.

Le capillari avvengono per rottura dei vasi minimi, i quali però hanno differenti lumi, ed i tessuti ne sono variamente ricchi. Queste emorragie possono divenire importanti qualche volta per peculiari stati organici, come negli scorbutici, cachettici ec. Il sangue è meno nero del venoso, vien fuori come da tanti punti per costituire un nappo esteso ed uniforme sulla superficie.

Le arteriose si riconoscono perchè il sangue è rutilante e viene a getto; però in una impedita respirazione, come nelle operazioni che si fanno al collo per soffocazioni, il primo carattere manca. Il getto è in relazione col lume vasale, ma non vi corrisponde esattamente, poichè il vaso ha subito una restrizione. Il pericolo dipende dal lume, onde alcune volte la morte è pronta se la cura è ritardata.

Le venose sono caratterizzate da un sangue bruno che esce uniformemente e specialmente nelle vene di piccolo e medio calibro. Quelle dei piccoli vasi non son per nulla pericolose, poichè la parete si deprime e l'emorragia cessa. Ma nei tronchi venosi grossi il fatto diventa imponente, il loro flusso non è continuo essendo sottoposto all'influsso della respirazione, onde talora perfino cessa nell'inspirazione per divenir profonda nell'espirazione; ed oltracio vi è il pericolo dell'entrata dell'aria nelle vene e da queste nel cuore coi suoi micidiali effetti.

Abbiamo inoltre le emorragie parenchimatose. Possono le emorragie e gli stravasi infiltrare gli organi che divengono marmorei, lividi, tumefatti; possono avvenire ecchimosi, ecchimomi, ed anche aneurismi traumatici quando

il connettivo incapsula lo stravaso ispessendosi. Il sangue effuso può esser riassorbito, può andare in ascesso; talora il liquido si riassorbe e rimane un tumore fibrinoso; tal altra al riassorbimento può seguire una cisti.

Cura. Per le arterie va in primo luogo l'allacciatura isolata, o ciò non potendo, in massa. Si adopera anche la compressione che si può fare o con le dita temporaneamente o col tourniquet, ma questo non si può adoperare innocuamente che per poco tempo. Oggi si adopera anche l'ago-pressura, che vale assai per le piccole arterie e si fa con aghi lunghi passati per sopra e per sotto il vaso. Oltraciò abbiamo gli zaffamenti (per le emorragie nel retto, nella vagina, nelle fosse nasali ec.), il freddo, il riposo, i caustici, i stittici, come il percloruro di ferro, l'acido tannico, l'olio essenziale di terebentina ec. In casi che la vita è minacciata per anemia si ricorra alla trasfusione.

TESI 59 — Spasmi e tetano

Una delle più gravi complicazioni alle ferite sono fenomeni nervosi. Così nei bevoni il *delirium tremens*, in altri il delirio con accessi maniaci; altre volte il tetano e spasmi tetanici. Di questi discorreremo.

Etiologia. Tutte le ferite ne possono esser complicate, ma rare sono nelle vaste piaghe granulanti e nelle ampie ferite, mentre sono frequenti nelle ferite da punta fratture comminative ecc. specialmente delle mani e dei piedi.

Il tetano è frequente più in certe stagioni che in altre, e si ritiene che il tempo caldo-umido come pure il freddo vi predispongono. La patogenesi è oscura. Lo spasmo si dice primitivo se si manifesta appena dopo che ha agito il trauma, e secondario se si appalesa tre o quattro giorni dopo.

Sintomi. Talora nell'arto ferito avvengono crampi dolorosissimi parosistici. Ordinariamente al 3.° o 4.° giorno della ferita comincia a comparire il trisma e poi l'opistotono. I fatti possono fermarsi qua, ma possono divenir generali al dorso ed agli arti che rimangono rigidi ed il tronco forma un arco. Può prendere diverse forme, ortotono embrostotono ecc. Quando sono invasi i muscoli intercostali comincia l'asfissia, i polsi si fanno tumultuarii ed irregolari, le labbra violette, un sudor freddo ne covre il corpo

e l'ammalato in fine muore soffocato. Nei casi acuti evvi febbre; l'urina contiene albumina; la morte interviene dopo 24 ore o dopo 3 a 4 giorni nei casi meno gravi. Altre volte evvi solo trisma, contrazioni toniche nell'arto ferito, la febbre manca. Questi casi si prolungano oltre i 14 giorni e vanno in guarigione; ma può dipoi ancora intervenire vero tetano e morte.

Prognosi. Questa è per lo più infausta, tranne i casi di andamento cronico.

Terapia. Questa non può essere che sintomatica. L'oppio in grandi dosi, il cloroformio prolungato fino alla narcosi. Altri commendano i bagni caldi prolungati per più ore; i rivulsivi sulla cervice; ed altri infine hanno proposto il curaro.

TESI 66 — Labbro leporino

Il labbro leporino costituito da una divisione verticale e permanente d'un labbro talora è un fatto congenito ed in altri casi è accidentale, come dopo ferite, i di cui bordi hanno isolatamente avuti la cicatrice. Questa affezione interessa ordinariamente il labbro superiore ed è o *semplice* o *doppia*: nella 1ª la divisione è laterale per lo più e par che si continui in alto nella narice corrispondente; nella 2ª si trovano due divisioni lateralmente al lobo mediano o limitando qualche altro punto del labbro. Questa porzione così limitata può trovarsi a livello del resto del labbro o rimanersene più in alto fra le due fenditure, costituendo un piccolo tumoretto, il quale può esser libero od aderente con la sua faccia posteriore.

Si trovano però delle complicanze: così talora la divisione si estende all'osso mascellare, al palato duro ed anche al molle. In questi casi la cavità buccale comunica con le fosse nasali e si ha ciocchè i chirurgi chiamano *bocca di lupo*. In altri casi il palato duro è indiviso ed il molle no, mentre in alcuni altri complicanza viene costituita da denti accavallati, i quali sorgono dal mascellare nell'angolo della divisione labiale, Succede pure spesso, che la lingua non combattuta dalle labbra fa pressione sui denti, i quali vengono a prendere una posizione orizzontale traendo con loro l'osso stesso della mascella: ciò costituisce una grave complicanza per la cura.

Terapia. Non diremo nulla per la prognosi, la quale fausta pel labbro leporino semplice si rende riservata secondo le complicanze. La cura è di pertinenza della medicina operatoria e consiste nel rasentare le margini e tenerle in contatto con sutura attorcigliata e fasciatura corrispondente.

TESI 8 — ADENITE LINFATICA

Sotto il nome di *adenite* intendiamo la flogosi de' gangli linfatici, la quale pel suo decorso va distinta in *acuta* e *cronica*.

1ª *Acuta.* Il ganglio si gonfia e duole — Il dolore prima è debole, poi acuto-lancinante ed esacerbantesi sotto la pressione. La flogosi si estende al cellulare vicino, la cute pria libera diventa aderente, rossa, calda e tesa nell' ambito dell' affezione. In questo tempo si palpano ancora delle durezze, ma poi la fluttuazione è manifesta, il foco ascessoide è formato, la cute vien macerata da dentro in fuori e poi si perfora con uscita di marcia e con lo stabilirsi di un' ulcera a bordi bluastri, freddi, sfrangiati e minacciati da disfacimento. Altre volte, il pus perfora l'involucro glandolare in varii punti, infiltra il cellulare vicino formandovi raccolte marciose, dalle quale poi procedono *seni fistolosi.*

2ª *Cronica.* I ganglii cominciano sordamente ad intumidire, i tumori sono duri e per nulla dolorosi. Queste tumefazioni *a*) alcuna volta risolvono a poco a poco. *b*) In certi casi esistono ed accompagnano l'infermo fino alla tomba. *c*) Altre volte il loro turgore cresce, qualche poco di dolore può presentarsi e la cute si fa fosca, non più spostabile, distesa ed assottigliata. Interviene la suppurazione, tutta la glandola resta distrutta, infine la capsula già ipertrofica vien perforata ed il pus si versa all'esterno: un'ulcera sinuosa ed a margini scavati vi si caccia. *d*) Finalmente i prodotti infiammatorii ponno subire la caseificazione, la glandola diviene irregolare ed angolosa, accede la perforazione della cute con uscita di materiale prima caseoso e poi liquido-scarso,bianchiccio ecc. e con lo stabilirsi di un'ulcera, *ulcera tubercolare*, a margine molli-bluastri-ricisi e staccati.

Decorso ed esiti. Gli esiti sono già stati esposti e qui ri-

corderemo soltanto che nell' adenite cronica, e massime intervenendo la tubercolizzazione, flogosi e suppurazioni ostinate possono accadere. Non v' è poi bisogno farvi notare la deformità delle cicatrici, abbondando questi tempi pur troppo di scrofola, sifilide ec. Il decorso nell' acuta si compie tra 10 a 15 giorni; nella cronica non può stabilirsi, potendo non scomparir mai.

Anatomia. Negl' ingorghi cronici tutto è *iperplasia cellulare* sotto il microscopio; se la flogosi è interstiziale, proliferano i nuclei del tessuto rispondente e questo ipertrofizza con atrofia della glandola stessa. Il resto s' intende da sè dietro quello, che già esponemmo.

Etiologia e prognosi. Le *cause* disponenti sono il lintismo, scrofulismo e discrasie diverse — le occasionali sono traumatiche o specifiche, come prodotti flogistici, sostanze virulenti ec. La *prognosi* è lieve per l' acuta; riservata per la cronica, accennando a stato generale poco piacevole.

Diciamo ora qualche parola dell' adenite secondo le sedi. *a) Cervicale* che può essere *superficiale-profonda* e secondo Velpeau anche *sottoclavicolare*. Ci limiteremo ad esporre, che nelle regioni laterali ed anteriore del collo le tumefazioni ganglionari trovando poca resistenza si approfondano nei tessuti e possono premere sulla trachea carotidi ec. con le corrispondenti conseguenze: le deformità, che adducono, vi son note. Nella sottoclavicolare i tumori formano una specie di corona, che si prolunga tra la clavicola e la prima costa fin nel cavo dell' ascella: i vasi ed il plesso brachiale ne restano compressi con intormentimenti ed ingorgo edematoso dell' arto — *b)* Le glandole *ascellari* hanno un grande imbottimento di tessuto areolare, cui le loro flogosi acute possono diffondersi, onde flemmone ed ascesso che infiltrando si caccia sotto il gran dorsale ed il gran pettorale con fistole sussecutive assai ribelli — *c)* L'adenite inguinale, *buboni*, è superficiale e profonda-sintomatica di ulcere, flogosi ec. infettiva per sifilide. Benchè sia da voi conosciuto abbastanza bene il resto, pure contentatevi che vi dicessimo 1° del bubone *gonorroico*, il quale ordinariamente va in risoluzione; 2° del *venereo*, questo accompagna l'ulcera molle salvo i casi piuttosto rari, nei quali si sviluppa d'*emblee* forse per essersi il virus inoculato senza notevole lesione dell' epidermide o forse per motivi sconosciuti. Il bubone venereo

rarissimamente risolve; dunque deve suppurare. Una od alcune glandole si gonfiano e talvolta un pò troppo, i dolori sono intensi, il cammino è difficoltato, spesso accede febbre ec. La cute aderisce e si fa rossa, si manifesta la fluttuazione ec. 3° del *sifilitico.* Questo bubone riconosciuto anche sotto il nome d' *indolente* accompagna l' indurimento sifilitico primario: la glandola si gonfia, non duole e non va soggetta a suppurazione salvo pochi casi. In questi la cute s' arrossisce e si salda col tumore, che si fa dolente, ma dura molto prima che si offra la fluttuazione.

Cura. L' adenite acuta si cura a principio con qualche mignatta e poi con cataplasmi ammollienti: giunta la suppurazione ed appena che scorgete fluttuamento fate incisioni multiple per avere cicatrici lineari. Combatterete le ulcere con la tintura di iodio.

Per gl' ingorghi cronici il meglio è cercarne la risoluzione con le pomate al ioduro di potassio, mercurio ec., migliorare le condizioni generali secondo i dettami della patologia interna, che non è qui luogo esporre. Dello schiacciamento, estirpazione ec. non vi parliamo, essendo metodi pericolosi e non accettati.

TESI 10 — Prostatite

L' infiammazione della prostata, *prostatite,* va distinta in *acuta* e *cronica.* 1ª *Acuta.* Comincia con frequenza di mitto un pò doloroso, peso e dolore sordo al perineo, indi i dolori sono intensi-gravativi ed irradiantisi alle parti vicine; le defecazioni sono difficili e dolorose: cresce il bisogno di urinare, ma lo si fa stentatamente e con dolori assai vivi; l'urina esce a gocce e talora può accedere completa ritenzione della medesima. In questo tempo una febbre gagliarda travaglia gl' infermi: il vostro dito ficcato nel retto trova turgore e risveglia vivissimi dolori; il catetere giunto alla prostata trova ostacolo al suo corso e riesce oltremodo intollerato. Giunti a questo stadio possiamo avere diversi esiti — *a)* può aversi la *risoluzione* (molto probabile per la vascolarità dell'organo), ed allora tutto il quadro nosografico si mitiga per poi scomparire del tutto — *b)* può aversi l'uscita in *ipertrofia*, onde turgore stazionario della prostata con le sue conseguenze — *c)* può

andare in *prostatite cronica* — *d)* spesso finalmente si ha suppurazione ed *ascesso*: allora i fatti fenomenali crescono e l'infermo è colto da brividi ec. Avuto l'ascesso, questo può aprirsi: 1° nell'uretra; ciò succede più di frequente o spontaneamente o per isforzi nel defecare e nel mingere o perchè il chirurgo introduca il catetere, il cui becco si sia impegnato nell'ascesso stesso. In questo caso se l'apertura è larga, l'infiltrazione urinosa è probabile, onde cangrena ed infezione generale; 2° nel *retto*: allora quella sensazione particolare e molesta, che gl'infermi vi provano, si traduce in dolori lancinanti, premiti dolorosissimi sotto i quali l'ascesso si apre con uscita di pus dall'ano ed immegliamento subitaneo dell'ammalato; 3° nella *vescica*: questo succede raramente e si verifica quando il focolaio si trova sui lati, indietro ed in alto della glandola; la cistite ecc. manda ordinariamente a morte gli egri. 4° nel *cellulare del piccolo bacino*: questo accidente è grave, infiltramenti e scollamenti di tessuti avvengono e finalmente ribelli fistole si cacciano nel perineo.

2ª *Cronica*. Questa è primitiva o secondaria di acuta, come abbiamo accennato. Evvi mitto frequente ed un pò doloroso, pesantezza e calore al perineo, qualche fitta lancinante, scolo vischioso-trasparente e talora verdastro più o meno abbondante dall'uretra ec. Il cateterismo e l'esplorazione rettale trovano la prostata ingorgata e dolorosa. Questa prostatite resta così stazionaria, però sotto l'influenza di cause talvolta le più lievi la flogosi riacutizza facilmente con tutte le uscite dell'acuta.

Diagnosi. La diagnosi non è difficile, poichè il tumore non si sposta in qualunque posizione (come succede pei calcoli) e giunta la suppurazione riuscirà quasi sempre osservare attraverso l'ano la pastosità e mollezza del medesimo. Inoltre ci pare, che il quadro nosografico sia abbastanza esplicito.

Prognosi e *cause*. I fanciulli l'hanno più raramente degli adulti, nei quali la uretrite virulenta è tanto frequente; cause possono essere calci, cadute sul perineo ec. oltre la blenorragia. La cronica se primitiva riconosce le stesse cause: se secondaria si ha, quando si abbandoni la cura dell'acuta e massime nei linfatici, cachettici ec. La prognosi è lieve nell'acuta quando va a risoluzione (cioc-

chè succede pur spesso), ma diventa grave quando va a suppurazione e la gravità varia secondo le vie, che il pus si apre, e fra esse la migliore è quella pel retto; la cronica è sempre grave.

Terapia. Giovano le mignatte, la pomata mercuriale oppiata ec. ed i semicupii, i cataplasmi ammollienti ec., se la flogosi procede. Avvenuta la suppurazione bisogna, che vi accertiate della strada, che il pus vuole battere per versarsi all'esterno e secondo la stessa aprirete l' ascesso. L'apertura pel retto si può fare con l'unghia o con bisturi a piatto; per l'uretra si fa con il becco del catetere, che resterete a permanenza in vescica onde impedire l'entrata dell' urina nel cavo purulento. Questo dell' acuta — nella cronica si fanno fregagioni risolventi al perineo con le pomate al mercurio ed al ioduro di potassio, il quale vien dato anche internamente.

Quando vi fosse completa ritenzione, sapete doversi ricorrere all'uretrotemia, che sarà interna o esterna secondochè meglio v' indicherà il caso speciale.

TESI 41 — Frattura e sue specie

Intendesi dai chirurgi con la parola *frattura* una soluzione di continuo in un osso prodotta bruscamente da esterne violenze. Queste scontinuità ponno esser complete od incomplete, come quando si trovano fessure, scheggiamenti, perforazioni ecc. queste appartengono più alle ossa piatte e spugnose che alle cilindriche. La partizione clinica ed importante delle fratture è quella poi di semplici e complicate, le semplici non sono unite a gravi accidenti ed il loro fatto più saliente è la scontinuità dell'osso, nelle complicate vi sono degli accidenti , i quali riguardano o l' osso o le parti circostanti. Supponete infatti un osso fratturato in varii punti, *frattura doppia*, o ridotto in piccoli frammenti, *frattura comminutiva* , ed avreste complicanze dipendenti dall'osso, il quale può ancora con un suo frammento perforare ed affacciarsi sulle parti molli. Il trauma istesso , che ha scontinuato un osso, può indurre nelle parti molli una ferita penetrante o no nel centro della frattura, con interessamento di vasi e di nervi. S'intende quindi da se, come una frattura possa esser complicata da una emorragia

più o meno grave secondo i vasi impegnati, da anestesie, paralisi, crampi e tetano per l'offesa dei nervi. Altre complicanze il chirurgo può trovare per processi infiammatorii e suppurativi dipendenti specialmente dalla contusione delle parti molli, la quale può esser tanto grave, che in 2° tempo i tessuti contusi formano un'escara e questa distaccandosi scovrire le ossa con tutte le terribili conseguenze.

Una 3.ª classazione delle fratture riguarda la direzione della scontinuità e quindi le differenze di fratture trasversali, oblique e longitudinali, che molti non vogliono riconoscere non implicando spostamento dei frammenti. Altri chirurgi poi parlano: 1° di frattura ***scagliosa*** la quale rappresenterebbe come un sequestro in un osso per frammento tagliato a scaglia; 2° ***dentata***, quando la superficie dei frammenti sono dentellati e non lisci; 3° per ***immersione***, come quando per una caduta sul piede o ginocchio il capo del femore rompe la superficie interna dell'acetabolo e penetra nel bacino.

Nosografia. Il primo fatto, che ci presenta un fratturato, è la deformità del suo arto, la quale sarà maggiore o minore secondo lo spostamento dei frammenti. Lo spostamento è dovuto al trauma ed alle contrazioni muscolari e va distinto in varie specie: 1ª per direzione, quando i frammenti formano un angolo, che però non dipende da accavallamento; 2ª in *grossezza*, quando i frammenti non sono in contatto per tutta la loro superficie ma solo in alcuni punti; 3ª per *circonferenza* quando un frammento ruota sull'altro; 4ª per *lunghezza*, quando un frammento si mena in alto e questo succede ordinariamente nelle oblique o a becco di flauto dietro le contrazioni muscolari; 5ª un ultimo spostamento è quello per divaricamento, il quale porta allontanamento dei frammenti.

Continuando ora della nosografia diremo, che un altro sintoma è la tumefazione la quale dipende dalla effusione di sangue e dalla flogosi che si va risvegliando. E poi lo ammalato si duole del suo arto che non può più dominare; dunque dolore e mancata funzione, cui aggiungeremo due segni patognomonici, la mobilità preternaturale cioè e la scricchiolata. Prendendo a piena mano i due frammenti e stropicciandoli si produrrà un particolare rumore che però non s'ode quando i frammenti sono situati profondamente

in parti molli, mentre ponendo una mano sotto il punto della frattura si scorgerà il moto preternaturale.

Etiologia. Cause predisponenti ne troviamo nell'età, nel sesso stagioni ecc. Rare le fratture nei fanciulli per l'elasticità delle loro ossa son frequenti nei vecchi quando le ossa divengono più fragili per la senile involuzione. Alcuni individui però hanno particolare disposizione ad esser fratturati forse per alterazioni materali ignote delle ossa. Se poi le fratture succedoao più nello inverno, che in altre stagioni, attribuitelo alle cadute rese più facili.

Le cause efficienti sono sempre traumi, i quali o agiscono direttamente o indirettamente superando l'indice di elasticità delle ossa: cause indirette sono le cadute sugli estremi delle ossa lunghe. Raro è poi, che le sole forze muscolari producano una scontinuità di un osso.

Anatomia patologica. La rottura dell'osso porta quella del periostio e della midolla con effusione di sangue. Questi fatti ponno alquanto interessare i tessuti vicini. Il processo di guarigione compiesi con la formazione del collo; però in talune condizioni ciascun frammento cicatrizza isolatamente, *pseudartrosi.*

Prognosi. La prognosi dipende dall'età del fratturato, dalle complicanze ed esiti possibili.

Terapia. Ogni frattura si cura essenzialmente con ridurre e mantener la riduzione. La riduzione si opera con la estensione sul frammento periferico, controestensione sul centrale e con la coattazione, la quale si esegue imprimendo al frammento periferico un moto di rotazione se vi è spostamento in circonferenza, e se lo spostamento è secondo spessezza si darà una spinta in senso inverso. Operata la riduzione, questa verrà mantenuta con opportuna fasciatura. Gli accidenti poi si preverranno e combatteranno secondo la loro natura.

TESI 59 — Aneurisma della brachiale

Gli aneurismi spontanei di quest'arteria sono rarissimi. Non offrono alcuna specialità sotto il rapporto della etiologia, dei sintomi, del corso ec.

Gli aneurismi traumatici sono frequentissimi e sonosi osservati sempre alla piega del braccio, giammai al diso-

pra. Sono ordinariamente prodotti da un salasso male eseguito, ed in questo caso si svolge con molta lentezza, essendo piccola l'apertura.

Sintomi. Pei rapporti che il tumore ha col nervo mediano e talvolta anche col radiale, l'infermo soffre dolore vivo lungo la parte anteriore dell'avambraccio e della mano e talvolta anche alla parte esterna e posteriore del braccio. Col progresso del tumore il dolore si converte in formicolio, intormentimento e può presentarsi infine la paralisi. Sorgono i fenomeni di compressione venosa e linfatica. Il membro d'ordinario è nella semiflessione fra per i cangiamenti dello stato dei muscoli vicini e per minorare il dolore prodotto dalla estensione. Può aversi perfino la cangrena.

Diagnosi. È facile; ma talvolta potrebbe confondersi questo aneurisma con un ascesso caldo.

Cura. La ligatura è il metodo di cura per eccellenza.

TESI 61 — Aneurisma della poplitea

Non vi ha aneurisma tanto frequente dopo quello dell'aorta, quanto l'aneurisma della poplitea, e ciò forse perchè questo vaso camminando rettilineo quasi nel cavo del poplite è più degli altri soggetto a bruschi movimenti.

Sede. Si è alcune volte mostrato bilateralmente sullo stesso individuo. Occupa per lo più il medio dell'arteria, ma ciò non toglie la possibilità di trovarsi in altri punti.

Sintomi. Questo tumore alcune volte non viene avvertito perchè coverto dall'aponevrosi e poggiando sull'osso non reca positivo incommodo. Ma quando si è meglio sviluppato, distruggendo l'aponevrosi e riempiendo tutto il cavo del garretto esercita una compressione forte sopra i tessuti circostanti e reca accidenti serii. Dolore vivo, torpore ed edema del membro, distruzione dell'osso e dell'articolazione, non mancando esempi di cangrena dell'arto.

Cura. La cura può farsi o colla compressione al di sopra del tumore, o colla ligatura. — La ligatura si fa col metodo di Anel in tre punti diversi: 1° sopra al passaggio dell'arteria attraverso il terzo adduttore. 2° Verso il mezzo della coscia, come ha fatto Hunter. 3° Alla unione del terzo superiore col terzo medio. Questo processo

appartiene a Scarpa, cho l'allaccia nel triangolo formato dal Sartorio e secondo adduttorè.

Questo processo è generalmente accettato.

TESI 64 — Varicocele e cirsocele

Si dà il nome di *Varicocele* alle vene spermatiche, che allungate e dilatate si flettono variamente su loro stesse; quando questo fatto morboso si propaga agl' inviluppi dei testicoli, allora dicesi *cirsocele.*

Anatomia. Le vene soffrono quei cangiamenti, che notammo nelle varici in generale. Di particolare qui si deve osservare, che le veno del testicolo stesso partecipano a questi fatti morbosi e che il medesimo ordinariamente si trova atrofico.

Nosografia. Queste varici si sviluppano molto lentamentê e possono dare enormi volumi, salvo il caso, che essi si arrestino nel loro sviluppo, come qualche volta interviene, massime nei vecchi.

Gl' infermi non se ne avyedono, che quando le borse sono aumentate e loro recano qualche fastidio. I fenomeni sono di peso nel testicolo, di dolori che risalgono fino ai reni, di malesseri che crescono dopo i travagli ec. Questi fatti però non sono sempre identici, perchè potete imbattervi, in alcuni, che soffrono assai per piccoli tumori ed in altri, che poco risentono da enormi. L'esame obbiettivo ci fa vedere le borse allungate ed a pelle più sottile e trasparente; la loro secrezione sudorifera è accresciuta ed escoria talvolta la coscia; le loro vene sono dilatate e talvolta enormemente. Se palpate al di sopra del testicolo, troverete un gomitolo di vene como di sanguisughe e che sparisce tra le dita. Col freddo e colla posizione orizzontale finalmente il tumore diminuisce, ma non scompare.

Etiologia. La sede può esser in tutti due i testicoli o in uno e massime a sinistra. Le cagioni sono ignoto molte volte, altre volte no; i chirurgi intanto ne dicono delle arbitrarie e contrastate salvo la compressione fatta sul canale inguinale da cinti erniarii.

La prognosi è quella delle varici in generale e gli esiti ancora.

Cura. È palliativa e si fa coi topici astringenti, col sospensorio ec. È radicale ed i metodi son diversi, come la ligatura sottocutanea, l'attorcigliamento, lo schiacciamento lineare, la cauterizzazione ec.; però tutti possono rendersi fatali e nessuno garentisce dalla facile recidiva.

TESI 67 — Fimosi e parafimosi

La fimosi è struttura del prepuzio che non può rimenarsi dietro il ghiande. Può essere congenita ed acquisita. Nella congenita, che è più frequente, si può avere strettissima l'apertura del prepuzio o fino obliterata, così che talora pare il prepuzio divenuto molto lungo facci continuazione coll'uretra, talora corto ed applicato sul ghiande, talora si retrae nella flessibilità del pene dietro il ghiande e poi non può oltrepassarlo nell'erezione. La fimosi acquisita può insorgere per ulcere e flogosi prepuziali.

Le conseguenze sono diverse, come ritenzione d'urina e tumori urinosi, e calcoli nel prepuzio quando questo è talmente stretto da impedire la libera urinazione. Pruriti e balaniti per ritenzione dello smegma e perfino ulcerazione. Coito doloroso e lacerazioni durante lo stesso ec.

Cura. Si pratica l'incisione o l'escissione, o sia si apre col bistori il prepuzio tagliando o da fuori in dentro, o da dentro in fuori, e poi facendo la sutura con fili che previamente si sono posti con ago nella parte del prepuzio che deve rimanere, ritirandoli dopo 3 o 4 giorni. Si presceglie l'incisione o l'escissione secondo che il prepuzio è corto o lungo. L'escissione completa circolare si fa quando c'è cangrena.

Altre volte la fimosi è accidentale per ulcere o blennorree unite a flogosi del prepuzio. Qui la cura è causale, e quando non si riesce faremo la radicale.

Parafimosi. La parafimosi è quell'affezione per la quale il prepuzio sta dietro il ghiande, e non potendo su questo rovesciarsi, ne produce lo strangolamento.

Questa si ha per strettura del prepuzio o congenita o acquisita quando per curiosità, pulizia ec. si porta il prepuzio indietro; questo cede, ma poi bentosto stringe il ghiande ed è impossibile riportarlo in avanti.

Sintomi. Il ghiande si tumefà e la costrizione diventa più forte. Alla tumefazione segue la flogosi, onde il ghiande diventa più voluminoso, ed il prepuzio si covre di flittene. In taluni casi succede ritenzione d'urina e cangrena — Questa affezione è seria per gli accidenti infiammatorii e deformazione del pene che talora impedisce il coito, quando si lasciò a se medesima.

Cura. Si tenterà ridurre, ungendo d'olio il ghiande e stringendolo mentre il prepuzio si porta in avanti. Se non si riesce, si faranno sbrigliamenti multipli.

TESI 56 — Prolasso e deviazioni dell' utero

L' utero può discendere per diverse cagioni. Secondo il grado di discesa questa porta differenti nomi. Così si chiama *semplice discesa* quando discendendo l' utero s' insacca nel fornice della vagina che ne resta rovesciata; se poi l' utero comparisce fra le labbra della vulva, abbiamo il *prolasso incompleto*, che dirassi *completo* quando tutto l'utero è uscito fuori. La discesa e prolasso dell' utero dipende da rilassamento degli apparati che lo mantengono, ligamenti, rotondi, larghi ec. Le povere donne che son costrette a lavorare subito dopo il parto, i parti ripetuti a brevi intervalli, le arti che portano sforzi con forti premiti addominali, le fessure del perineo dopo il parto o manovre ostetriche, i prolassi vaginali ec. sono le cause più ordinarie del morbo in parola.

Sintomi. Sul principio le donne accusano dolori ai reni, pesantezza nel basso ventre, come se un corpo volesse uscire per la vulva, àvvi tenesmo vescicale e costipazione. Tutti questi fatti diventano più pronunciati quando l' utero in totalità ne è uscito. L' utero diventa sede di cronica flogosi con dolori molto vivi che rendono impossibile il cammino. L' urina bagnando la vulva la infiamma e ponno succedere più o meno forti escoriazioni; questi fatti però sono del prolasso completo e cronico. L'esame obbiettivo determinerà la diagnosi e solo la discesa semplice potrebbe confondersi con l' ipertrofia del collo, ma l' errore si eviterà badando alla distanza normale del muso di tinea dal fondo — La gravità del pronostico dipende dal grado di discesa e dalle complicazioni conseguenti.

Cura. La semplice discesa si combatterà col riposo e le docciature fredde ripetute. Se è prolasso bisogna ridurre l'utero e curare le complicanze, flogosi, escoriazioni, ulcere ec. si manterrà coi pessarii.

Spostamenti. L'utero può spostarsi variamente, in avanti, in dietro e lateralmente.

Antiversione. Liquidi peritoneali, tumori, parti, aborti, sforzi e secondo alcuni anche il coito frequente possono aumentare l'inclinazione normale in avanti dell'utero, onde il collo inclina in dietro, il corpo in avanti e la faccia posteriore diventa superiore.

Sintomi. Disturbi mestruali, tenesmo, dolori ec. Con l'esplorazione, la porzione vaginale si trova diretta in dietro ed il corpo ed il fondo uterino poggiano sulla volta della vagina. Quest'affezione ha un decorso lento e difficilmente tende a guarire.

Retroversione. Le stesse cagioni agendo in senso opposto, aderenze sulla faccia posteriore dell'utero, inducono quello stato, in cui il corpo uterino è portato in dietro ed in basso ed il collo in alto verso la sinfisi del pube. I sintomi sono gli stessi, però le donne hanno una più forte sensazione di pesantezza e sembra loro come qualche cosa volesse uscire per l'ano, il di cui tenesmo e più considerevole. Il dito nel retto osserva un tumore; nella vagina si riconosce il fondo dell'utero in dietro; collo specolo si vede il labbro posteriore del collo o solo la faccia posteriore nei gradi più avanzati.

Le *versioni* laterali sono meno frequenti ed accompagnate da anti e retroversioni. I fenomeni sono gli stessi, salvo ad esser più notevoli da un lato. Solo la osservazione diretta ci chiarisce il caso.

Cura. La cura è fatta con mezzi meccanici, pessarii, sonda uterina, i raddrizzatori di Simpson; ma questi due ultimi spesso determinano flogosi, emorragie ec. Alcuni fanno unitamente docciature fredde.

TESI 2 — FLEMMONE CIRCOSCRITTO, SUPERFICIALE E PROFONDO

Dicesi FLEMMONE *l'infiammazione acuta del congiuntivo*. I chirurgi hanno distinti i flemmoni in *circoscritti* e *dif-*

fusi in *superficiali* e *profondi*, secondochè la sede è nel cellulare sottocutaneo o nel profondo. Noi riteniamo la seconda distinzione e rifiutiamo la prima poichè nessuno è mai venuto a stabilire i limiti della infiammazione in parola e quindi vi sarebbe pericolo di chiamar *circoscritta* quella che un altro Chirurgo ritiene per *diffusa* ec..

1° Superficiale. Si palesa come turgore più o meno esteso con tensione dei tessuti e rossore vivissimo fino allo scarlatto associato ad una speciale lucentezza. La pelle è tesa adunque, rilevata, rossa e lucida, è sede d'un dolore bruciante e pulsante in corrispondenza dei battiti cardiaci per lo impedimento alla circolazione sanguigna indotto dalla congestione. Oltre a ciò evvi febbre, che sapete esser prodotta dai corpi pirogeni, prodotti locali della flogosi. Questi fatti decorrono rapidamente e possiamo avere i seguenti esiti: *a*) o la flogosi risolve gradatamente, essendo impossibile la sognata delitescenza — *b*) o esce in ipertrofia o neoplasia — *c*) o va in suppurazione, come per l'ordinario succede — *d*) o finalmente va in cangrena e voi sapete per l'articolo corrispondente il come e perchè ciò succede. Se suppurazione interviene, la parte si fa più o meno bianca o livida perdendo il rossore del primo tempo, brividi colgono gl'infermi: *dum pus conficitur, febres magis accidunt* ec., i dolori si rendono gravativi e fa maggior prominenza il tumore, che ora è divenuto mollo nel centro e poi fluttuante, con apice a pelle bianca ed assottigliata, che al minimo urto si screpola e pus ne plora.

2° Profondo. In questo tutte le note del superficiale mancano al principio; la cute non è arrossita; il calore male appena aumentato; il turgore è mascherato dai tessuti vicini, ed il dolore è gravativo, profondo e poco esacerbantesi alla pressione. Cresce poi la tumefazione, la pelle si fa alquanto calda, una pastosità profonda si rivela, la quale guadagna terreno. Il pus distacca e notomizza i tessuti e solo dopo aver perforata l'aponevrosi— che il ricovriva, onde il flemmone si dice anche *sotto-aponevrotico* — si spande nel cellulare sottocutaneo e dà fluttuazione nella parte, la quale così tardamente si apre per dare uscita alle marce.

Diagnosi. La diagnosi del flemmone ed ascesso super-

ficiale è facile — difficile quella del profondo, che in principio può confondersi con artriti reumi ec. dai più sperimentati. Avuto l'ascesso però i pericoli di sbagli diminuiscono e quando niente venisse a chiarificarvi fate la puntura esploratrice con un trequarti o gommautte retto ed a lama stretta. Per distinguere un' ascesso profondo da un superficiale vi gioverete della fluttuazione, della tensione della parte, della tumefazione ec., cose che nel sottoaponevrotico sono assai meno sensibili per la resistenza opposta dall' aponevrosi.

Prognosi. Il superficiale non è grave — il profondo non così e massime in vicinanza di organi viscerali, fegato, rene ec. Però il superficiale ancora può rendersi gravo in certe sedi, p. es., in prossimità dell' ano, ghiande ec. ove l'irritazione dei materiali che ne escono può fomentare la infiammazione e portarla in cangrena.

Etiologia. Irritazioni, traumi, luridume ec. dànno i flemmoni, dei quali però i profondi riconoscono cagione più ordinariamente le scheggie da fratture, corpi stranieri penetrati e rimasti nei tessuti ec.

Terapia. Allontanerete le cause, potendo farlo. Insorto il processo applicate ghiaccio non tanto intenso però da far cangrena, mignatte, unguento mercuriale, scarificazioni utili in certi casi ec. Quando il morbo va avanti nulla curandosi di voi e vostri rimedii applicate cataplasmi caldo-umidi per agevolare la suppurazione. Nei sottoaponevrotici poi è necessario sbrigliare convenientemente per evitare scollamenti e la possibile cancrena, che in questi è più possibile per la pressione e resistenza delle aponevrosi — Avuto lo ascesso, curatelo come tale.

TESI 62 — Varice e sue specie

Varice è una dilatazione permanente e morbosa delle vene. Questa dilatazione può essere cilindroide o non circoscritta, ampollare o circoscritta. La 1ª può avere diversa estensione e direzione, poichè si trova ora rettilinea, ora allungata ed ora piegata sù se stessa. L' ampollare o risulta dalla dilatazione di tutta la circonferenza e si dice *circonferenziale*, o dalla dilatazione di un lato solo o si dice *laterale*, e quì si può obliterare il colletto fra la ca-

vità dell'ampolla e quella della vena, e si ha il tumore varicoso, il vero tumore cistoide.

Le varici si appartengono per lo più alle vene superficiali sottocutanee e sottomucose, però, benchè di rado, non mancano esempii anche nelle profonde. Il nome della varice le viene dalla sede. Le più frequenti sono le emorroidarie, quelle delle gambe e più della safena interna che della esterna.

I pratici distinguono diversi periodi nell'evoluzione della varice. Nel 1° dicono che ci ha dilatazione ma non deformazione della vena, la quale conserva in gran parte la sua elasticità, onde cessata la causa ritorna nella sua forma normale. Nel 2° alla dilatazione si unisce l'ipertrofia delle sue pareti, la perdita di sua elasticità ed al cessare della causa non ritorna al suo stato normale. Nel 3° le alterazioni sono ancora maggiori; le pareti diventano più dure e le valvole insufficienti.

Si è da taluni inoltre sostenuto che le varici superficiali non possono stare senza delle profonde, e che però queste possono stare senza di quelle. Questa opinione non è ritenuta.

Come si trova il sangue nelle varici? Nel 1° stadio è liquido e solo ritardato nella sua circolazione; nel 2° non solo è rallentata la sua circolazione, ma esso è più bruno, più disposto a coagulare e talvolta vi sono coaguli (ematozoi). Il sangue può calcificare ed ecco la origine delle *fleboliti* che possono nascere nel tumore varicoso, come nella testa di Medusa. La evoluzione dei tumori varicosi è assai lenta in generale ed appunto per questo il sangue può subire tante diverse metamorfosi.

Sintomi. Se prendiamo a tipo le varici delle gambe, le vedremo rigonfiate e plumbee. In 1° tempo le vene sono compressibili; se cresce la dilatazione queste prenderanno forma serpentina ed ondulata. Queste alterazioni si hanno tra per le anomalie nelle pareti venose e nel sangue e tra per i fatti che succedono nei tessuti circumambienti. La cute s'ipertrofizza e si può perfino ulcerare (ulcere varicose) e la gamba tumefatta prende la forma cilindrica. Le varici profonde sono meno apparenti, i loro sintomi sono oscurissimi, salvo un senso di pizzicore, prurito tensione dei tegumenti con dolore più o meno sentito, fatti che poi cessano nel decubito orizzontale.

Il decorso delle varici è cronico, lento, possono rimanere stazionarie e nella vecchiaia perfin diminuire e scomparire. Possono ulcerare e guarire così spontaneamente; ma ciò è raro, poichè è ordinaria la recidiva per la circolazione di ritorno che il grumo non può impedire come nelle arterie.

Etiologia. Sulle cagioni delle varici si è potuto ben poco conchiudere di definitivo. Le cause sono diverse come fisiche, anatomiche, fisiologiche, di arti mestieri ec. Tutte queste cagioni si riducono all'impedito deflusso del sangue venoso ad es. per gravidanza, apparecchi cerusici ec. ed in ciò influiscono i fatti anatomici come il corso del sangue di ritorno pel proprio peso negli arti inferiori. Si è voluto incolparne lo valvole, ma allora l'insufficienza dovrebbe produrre le varici, or questo non succede in nessun vizio cardiaco. Cagioni positive dunque non abbiamo ed anche per le meccaniche si dovrebbe dimostrare il perchè ora l'edema ed ora la varice ne producano.

Il pronostico non è grave, salvo il pericolo di rottura ed emorragia, che però non sono quasi mai pericolose di vita. La prognosi intanto dipende dallo stadio e dalla cagione. Supponete la cagione amovibile e la varice a primo stadio, e la prognosi sarà felice.

Cura. L'esame dei dati etiologici ci portò indirettamente ad una morbosa predisposizione che non possiamo curare perchè s'ignora. La cura delle varici è poco positiva e forte. La generale è palliativa: togliere il sangue che è nelle varici col salasso, agevolare la circolazione addominale, ma queste non sono cure dirette.

La cura diretta è palliativa ed eradicativa. La 1ª è fatta dalla posizione orizzontale, ma fino a quando sarà tollerata; la faremo poi con la compressione con calza elastica. Alcuni ci dicono: la varice è fatta dai fori aponevrotici ristretti attraverso i quali passano le vene, fori che debbonsi allargare con sbrigliamenti. Questi si sono eseguiti e le conseguenze in flebiti, piemia ec. sono state assai gravi. La 2ª si è fatta con diversi mezzi. Tutti i processi inventati dai chirurgi sono seguiti da facile recidiva e tutti con maggiore o minore probabilità sono associati a flebiti assai pericolose. Tra questi si noverano l'allacciatura sottocutanea, l'attorcigliamento ec. come pure il setone e la sutura attorcigliata.

Si adopera la galvano-puntura — Si adoperano le iniezioni al percloruro di ferro 2 o 3 gocce con la siringa del Pravaz. Sono piccoli metodi che non mancano dei loro pericoli e non curano direttamente la varice. I metodi più usati sono la cauterizzazione col cloruro di zinco. Si potrebbe adoperare lo schiacciamento lineare nei tumori varicosi che si possono peduncolare. Il migliore infine è quello del Palasciano che unisce la galvano-puntura alla causticazione.

TESI 4 — Furuncolo ed antrace

1° Il furuncolo è *una dermite acutissima e circoscritta, non tendente ad effusione ed accompagnata da suppurazione e necrosi.* Secondo alcuni ve ne sarebbe un *semplice*, *atonico*, *pannulato*, *discrasico* ecc.; però queste distinzioni non sono state accettate.

Sintomi, decorso ed *esiti.* Comincia come macchia rossobruna in un punto, dove il tatto riscontra un nodo resistente ed alquanto mobile, sendo sito sul connettivo sottocutaneo. Questo nodo ingrandisce senzachè però tocchi il volume di un uovo di gallina, è conico con base sul congiuntivo suddetto, ha qualche volta un pelo all'apice, onde alcuni lo stimarono flogosi dei bulbi piliferi o di glandole sebacee, è sede d'un dolore vivo e bruciante ecc. Dopo qualche tempo la macchia sull'apice del nodo imbianchisce, si fa molle, l'epidermide si sfalda e screpola con uscita di pus piuttosto sieroso e con pochi globuli. In questo tempo scorgete un foro regolarmente tagliato e del diametro di pochi millimetri, *stampino*, nel cui mezzo si ravvisa un corpicciuolo bianchiccio nuotante nel siero-pus ed è la così detta *radice*, o *cencio* del furuncolo *(bourbillon)*. Questo cencio così nuotante nel pus vien poi staccato e cacciato fuori dalle sottoposte granulazioni, le quali vengono a riempire la fovea, che appianata viene prontamente a cicatrice. Il furuncolo non à prodromi salvo i casi di furuncolosi generale, è afebbrile se unico, ma se multiplo, se nato in certe sedi ed in qualche individuo sensibile può a febbre associarsi e ad altri sconci, fra i quali son certamente esagerati quelli del Dupuytren e del Wagner: il 1° asserisce essersi un furuncolo d'una palpebra esteso alle meningi; il 2° che un furuncolo s'estese al cervello con susseguente diabete.

Secondo alcuni vi sarebbero dei furuncoli, che ne rimangono duri ed indolenti, con apice rosso e senza soggiacere a suppurazione; però, credeteci, anche questi dopo qualche tempo subiscono l'istessa sorte. Il decorso di questa flogosi è celere al 4° 5° giorno suppura, al 6° o 7° cade il cencio e poi ben presto vien la cicatrice.

Anatomia. La quistione accanita s'è versata sul povero cencio, pel quale sentite quanto diverse sieno le opinioni. 1ª Alcuni dissero essere pus condensato; 1ª altri lo ritennero per plasma concretizzato; 3ª altri per glandola cebacea e bulbo pilifero; è ciò possibile ma non necessario; 4ª Dupuytren inventò esser congiuntivo strozzato tra le maglie dell'areolare; 5ª Nélaton dice essere una pseudomembrana; 6ª la opinione più vera ed appoggiata dal microscopio è quella che noi riteniamo: il cencio non è altro che cellulare necrotizzato per uno strozzamento operato dalla stasi fino alla trombosi e per l'essudato, che lo circonda. Dunque v'è necrosi e perciò noi dicevamo essere il furuncolo flogosi accompagnata da suppurazione e necrosi.

Cause. Le cagioni generali sono condizioni di furuncolosi e dermiti generali, mentre pel furuncolo le cause son locali. Dicesi che l'abbondante smegma potesse irritare e produrre furuncoli, ma probabilmente qui trattavasi di comedoni, altri mettono innanzi disturbi digestivi, che noi non sapremmo apprezzare giustamente, ed altri ci vengono a parlare di furuncoli epidemici (!!). Le cagioni che importano a noi chirurgi sono locali, come sporchezza, punture, pizzichi, bagni salini e sulfurei, pomate metalliche di piombo, mercurio ec. traumi ec. Queste cagioni li producono più certamente delle generali ed è perciò, che ci spieghiamo i furuncoli sul dorso dei facchini, sulle spalle dei soldati al perineo dei cavallerizzi ec. Finalmente essi si possono trovare in ogni punto del corpo benchè in taluni sieno abbastanza rari, come nella palma della mano, nella pianta dei piedi ec.

Prognosi. La prognosi è faustissima, però non perdete niente in farla alquanto riservata per certe sedi, perineo, ano ec., per certi individui sensibili ec.

Terapia. Alcuni hanno cercato abortire i furuncoli col ghiaccio, ma è metodo noioso ed inutile, quando determi-

nato il processo non si può far altro che prolungare il medesimo con la idroterapia. Persone, che ne soffrono spesso, ci assicurano che essi s' accorgono da un certo prurito dello spuntare del morbo e che trovato il nodulo pungendolo con una lancetta e facendolo sanguinare riescono molte volte ad abortirlo. Dupuytren sbriglia; questo riesce utile in primo tempo e non certamente quando il processo si è attuato. La vera cura è, che siccome il furuncolo va alla suppurazione e necrosi, così bisogna applicare cataplasmi, i quali favoriscono la suppurazione e mitigano i dolori; solo se questi fossero intollerati, vi spingerete ad incidere anche a crudo, applicando poi cataplasmi fino alla caduta del cencio.

2° L' antrace è per noi *una ceppaia di furuncoli* (*favo vespaio*). Già in parlare della pustula maligna e del carbonchio noi accennammo ad irregolarità linguistiche, che rifiutammo e delle quali non vogliamo ora trattenerci.

Sintomi decorso ed esiti. Comincia con un seminio di noduli conici aventi base al connettivo sottocutaneo ed apice in sopra e siccome sono molti riuniti, così stanno strettamente accollati gli uni agli altri. L' ambito dell' affezione è più o meno estesa; la flogosi si diffonde al connettivo sottocutaneo; il dolore è massimo, febbre ordinariamente moderata ec. Nell' aia dell' antrace i tessuti son rossi, lividi gli apici dei coni, i quali infine si aprono, ma il pus che ne plora è pochissimo; ed è perciò che esso ristagna, si corrompe facilmente ed assorbito può determinare tristi effetti. Ogni nodo ha il suo cencio che, come succede per la marcia, stenta ad eliminarsi per lo stretto accollamento dei noduli stessi fra loro. V' è adunque cosa di specifico in questo morbo? Nulla; v' è suppurazione, pus facilmente stagnante e corruttibile e quindi come in ogni altro caso simile èvvi pericolo di piemia e d' icoremia. Quando tutto va regolarmente, la suppurazione porta lividore e distacco della cute, la quale cade necrotizzata in piccoli brani ed un' ulcera vi si caccia. Gli esiti dunque sono: 1° o ristagno di pus e piemie ec.; 2° o ulcera, che va a piaga e cicatrice.

Cause. Sono le stesse che pel furuncolo: i poveri ne vanno più soggetti. La sede è quella pure del furuncolo, ma più ordinariamente alla nuca, al dorso, alla mascella superiore ec. avrete in pratica ad osservarlo.

Prognosi. La prognosi è sempre riservata e massime in quelli della faccia, del collo, dell'orbita ec. in altre sedi i pericoli sono più dominabili o possono evitarsi agendo con solerzia.

Terapia. Come pel furuncolo adoprate cataplasmi ammollienti e vedendo impedito l'uscita del pus o incidete senza fettar molto però, o per uno dei buchi introducete una sonda e distruggete i sepimenti fra i cenci, riducendo così tutto ad unica superficie suppurante; con ciò voi ottenete buona suppurazione e cicatrice e risparmiate la cute dalla necrosi, se giungete un po' presto. In quei casi, nei quali il pus non geme e si affacciano brividi ec. incidete, fettate, fate sangu inare e poi causticate con un bottone di fuoco; indi sono necessarie medicature toniche ed eccitanti come acido fenico, iposolfiti, china ec. Internamente vino, vitto fresco, nutriente ec. per prevenire l'esaurimento.

TESI 11 — ORCHITE

L'infiammazione del testicolo, *orchite*, è acuta e cronica.

1ª *Acuta*. Precedono talora fatti generali. L'infermo accusa grave pesantezza nelle borse dolori all'inguine, ai lombi, al perineo, voglie frequenti di mingere ec. Dopo un tempo breve il testicolo diventa sede di dolori insopportabili ed esasperati dai più piccoli movimenti. Mentre l'infermo così ne soffre, le borse son distese tra per il gonfiarsi del teste ed un effusione sierosa avvenuta nella vaginale, sono lucide e spesso distintamente fluttuanti; la palpazione vi riscontra dentro un tumore bilobato dovuto al testicolo ed all'epididimo. Anche il canale deferente duole, è gonfiato e Velpeau vi riscontrò una fluttuazione, che non ha saputo spiegarsi ma certo non dipendente da liquido effuso. Nel decorso dell'affezione fatti funzionali si ponno verificare, come erezioni e polluzioni dolorose qualche volta sanguinolente ed in altri casi come fossero marciose. Quando però la orchite dipende da cagioni che hanno direttamente agito sui testi allora la flogosi si limita ai medesimi o tutto al più si diffonde all'epididimo. Gli esiti sono: *a*) la risoluzione — *b*) il suo passaggio in cronica — *c*) la suppurazione ed allora tutto il teste può esser invaso da un'ascesso — *d*) la ipertrofia che porterà

aumento o atrofia del testicolo stesso secondochè riguarda il suo parenchima o l'albuginea. Se risoluzione interviene, ed è il caso più frequente, tutto il quadro fenomenale si va mitigando verso il 6° o 7° giorno ed infine cessa completamente.

2ª *Cronica*. Può cominciare come tale o succedere ad un'acuta, come abbiam fatto di già osservare. Questa è un'affezione rara ed à una nosografia non ben stabilita, si parla d'ingorgo dei testi, di sperma rosso o roseo, di dolori miti nella parte e più forti nell'atto della minzione ec. Difficile è insomma distinguerla da un'ipertrofia testicolare; ciò vi basti.

Cause. In parlare dell'orchite acuta avete potuto comprendere che noi in principio descrivemmo quella, che si ha per diffusione nel decorso della blenorragia e poi l'altra per cagioni locali, come calci, sforzi nel coito (!), strette al testicolo ec. Accusano alcuni anche i balsamici ec.

La *prognosi* non è grave perchè l'orchite ordinariamente risolve; riservata per gli altri esiti, fra i quali oltre l'atrofia ed obliterazione dei dotti seminiferi con impotenza susseguente altri noverano la possibile degenerazione amiloidea e perfino il sarcocele. Per la cronica è sempre riservata.

Cura. Nell'acuta ordinerete riposo, guardascroto, cataplasma ammolliente, e bagni generali. Se i dolori sono eccessivi farete prendere un semicupio, applicherete pomate narcotiche piuttostochè lo mignatto, che poi non vogliono esser situate sullo scroto ma sul cordone e giovano nelle intense flogosi. Alcuni han voluto comprimere con spalmatute di collodion, ma solidificatosi questo lo scroto si affacciava tra le suo crepature e la flogosi ne veniva fomentata. Finalmento la puntura e lo sbrigliamento fatto da altri è inutile nell'ordinarietà dei casi e persino pericoloso — La cronica sarà curata coi topici, risolventi ec.

TESI 57 — Aneurisma in genere

Il concetto di aneurisma fu causa di molte quistioni. Silvatico disse, che era dilatazione di arteria, come la varice è dilatazione di vena; però lo Scarpa si oppose dicendo la dilatazione arteriosa non esser aneurisma ma angectasia. Scarpa pone l'essenzialità nella rottura di una o

più delle tuniche arteriose ed a questo fatto unisce la d'-latazione, la quale quindi per esso sarebbe un'accessorio.

In quanto a genesi gli aneurismi furon distinti in *spontanei* e *traumatici;* in quanto ad anatomia patologica poi si riconoscono i *falsi* ed i *veri*. Veri quando vi ha dilatazione di tutte le tuniche senza rottura delle medesime, falsi quando questa rottura vi è. Intendete bene, che nel senso di Scarpa si dovrebbe capovolgere la matassa e chiamar *vero* il secondo, *falso* il primo, ossia che il vero aneurisma sarebbe il falso di Silvatico.

L'aneurisma traumatico è sempre falso e può esserlo primitivamente o consecutivamente. È *falso-primitivo*, se si costituì subito dopo l'azione del trauma. Ma osservate, che se è ferita e sangue deve uscire, si avrà l'infarto, un tumore fibrinoso attorno l'arteria, che non è aneurisma. Però il trauma potrebbe scontinuare la tunica esterna e media, restare la interna intatta e dilatarsi questo è possibile ma difficile. Prendete infatti un pezzo d'arteria, incidete esterna e media, e soffiando vedrete che l'interna anzichè dilatarsi si romperà. È *falso-consecutivo*, quando si costituisce dopo un tempo più o meno lungo dall'azione del trauma. La sua formazione può avvenire in due modi: 1° la ferita dell'arteria si è chiusa per cicatrice e questa, urtata dalle correnti sanguigne, si dilata e fa un sacco aneurismatico, un tumore *contenente sangue in parte coagulato ed in parte no*, *comunicante con l'arteria*; questo è il concetto più esatto dell'aneurisma. 2° La cicatrice non si è avuta, il sangue uscito si coagula e covre d'una cisti di connettivo iperplasiato, come avviene in tutte quelle cisti, per le quali preesiste il contenuto e non il contenente, *cistoidi*. Or bene questa cisti è sacco attorno a sangue, che comunica con arteria; dunque è aneurisma traumatico falso consecutivo. L'aneurisma falso primitivo non è tale, ma può divenirlo in 2° tempo per la formazione del sacco ed allora sarà consecutivo pur esso e non primitivo, che si disse puranco *diffuso*.

Se un trauma interessa la continuità d'un'arteria e di una vena vicina nello stesso tempo, si avrà emorragia ed il sangue arterioso s'immetterà nella vena per motivo di pression maggiore da parte della prima. La vena per lo scontro delle correnti si dilata, *varice*, ma è dilatamento comunicante con un'arteria; dunque è anche aneurisma.

Questo fatto noi intendiamo col nome di *varice aneurismatica*, mentre altri lo dicono *aneurisma varicoso.* Fu forse per questo, che il Broca ammise due sezioni dividendo gli aneurismi in *arteriosi* ed *arterovenosi*; vi è un pleonasmo, ma vada. Nella 1ª sezione si comprenderebbero i traumatici, gli spontanei, i cistogenici; quelli cioè che avvengono per una cisti posta fra la media ed esterna tunica delle arterie e che erodendo la interna irrompe nelle medesima; nella 2ª vi sarebbe la varice aneurismatica o flebarteria secondo il Broca.

La varice aneurismatica non si deve poi confondere con l'aneurisma cirsoideo e secondo noi *varicoso*, perchè questo è dilatazione di arterie, che allungandosi si flettono su loro stesse e mostrano bozze diverse per lo più nei punti anastomotici delle diverse arterie, che così dilatate ed allungate ne vanno a costituire un gomitolo.

Gli aneurismi spontanei son veri e falsi. Però notate, che se un processo cagione si debba ammettere e questo porti la dilatazione delle tuniche arteriose sempre crescente secondo la lenta evoluzione di quello, è chiaro che verrà tempo, in cui la dilatazione è seguita da rottura. Può così un'aneurisma spontaneo e vero rendersi falso; ciò è nell'ordine dei fatti, che noi ammettiamo, benchè Scarpa si opponesse. Al vero può dunque seguire il falso, che è *misto interno* o *misto esterno* a seconda che il processo cagione invade dallo esterno o dallo interno. Il misto interno avviene quando, rotte le tuniche esterna e media, l'interna si dilata e protrude, sarebbe un'ernia della medesima; il misto esterno vi ha, quando son l'interna e media rotte ed è l'esterna che fa sacco. Il misto interno non è facile secondo direbbe la citata esperienza, però non sempre si tratta di lesioni violente e qui per nessun conto; dunque può avvenire, che processi morbosi erodano l'esterna e media lentamente e che alla loro rottura l'interna si trovi bastantemente forte ed iperplasiata. Ad ogni modo è il misto esterno il più frequente in pratica; questo quando comunica mediante stretto lume col sacco dicesi *sacciforme*; il lume è stretto in principio ma poi si dilata e sfrangia; *fusiforme*, quando la rottura delle due tuniche interessa tutta la periferia interna del lume arteriale; *disseccante del Laennec*, quando il sacco si distacca attorno il foro e poi a poco a poco scolla in

tutta la circonferenza la esterna dalla media. Negli aneurismi veri al contrario la figura è diversa e possiamo trovare il *cilindroide* ed il *fusiforme*. Quando si ha aneurismi sacciformi il sacco pende verso la periferia per l'urto da dentro in fuori che riceve dalle correnti sanguigne. Dentro il sacco il sangue forma grumi, che disposti a strati decrescono dall'esterno all' interno per durezza e questi grumi sono prodotti dalla remora del sangue ed inopessia conseguente. I tessuti vicini risentono gli effetti d' un tumore pulsante; son compressi i nervi con i risultati in dolori, anestesia, paralisi; le ossa vengono consumate per usura; i muscoli si atrofizzano; le vene dànno edemi ec.

Diagnosi. Troveremo un tumore pulsante sincronamente con il cuore; se nato di fresco sparisce alla pressione e poi tolta questa riappare, se vecchio ciò non succede pei grumi che contiene. In questo la pulsazione è più debole ma espansiva, cioè equabilmente diffusa in tutta la superficie. Voi potrete trovare altri tumori situati sopra tronchi arteriosi, essi si solleveranno purè e deprimeranno ritmicamente; ma notate, che è sollevamento, che avviene in una linea corrispondente dell'arteria sottoposta, è pulsazione propagata e non autoctona ed espansiva.

Volete convincervi maggiormente ed allora comprimete l' arteria al di sopra del tumore e questo non pulserà più od anche vecchio si deprimerà un poco, mentre i giovani scompariscono completamente. Applicate l' orecchio sul tumore e sentirete un soffio sistolico pel sangue, che passa nel sacco; altri ne hanno inteso uno diastolico, il quale segue immediatamente al primo. Osservate meglio e troverete, che al disotto del tumore le pulsazioni sono ritardate. Ecco i sintomi essenziali, ai quali potete aggiungere quelli dipendenti dall' influenza del tumore sui nervi, sui vasi, sulle ossa ec.

Sede. La sede degli aneurismi è in tutte le arterie sia interne sia esterne; però la varice aneurismatica è più frequente al braccio a cagione del salasso e vi si trova un tumore ampollare pulsante con soffio continuo impedimento del riflusso sanguigno, a cute spesso livida ec. I traumatici sono più frequenti nelle arterie maggiormente offensibili od i varicosi sono soliti a trovarsi nello tempie dei ragazzi, dove il tatto poi riscontra arterie flessuose e pulsanti.

Etiologia. Le cause degli spontanei sono l'ateromasia e l' arterite ; nei traumatici sono traumi, p. e., ferite dall'esterno, trazioni ec.. così ad un forte movimento della gamba può succedere aneurisma della poplitea.

Decorso ed esiti. Il decorso negli spontanei è subdolo e lento, come negli altri non avviene. Gli esiti sono in guarigione spontanea o in morte. L'esito in guarigione si può avere : 1° per grumi che occludano l' arteria, 2° per compressione del sacco sulla medesima, 3° per flogosi che o dà adesioni o grumi attivi o suppurazione preceduta però dall' obliterazione del tronco arterioso e suoi collaterali : condizione che precedendo la caduta di un' escara cangrenosa, può far anche la cangrena cagione di cura spontanea. Questi fatti intanto sono rarissimi ed il tumore o si sviluppa lentamente ed alfine si rompe o la rottura dipende da complicanze. Queste son poi comprese nella flogosi che può esser suppurativa o acutissima e cangrenosa; nella 1ª alla perforazione o si muore per emorragia subitamente o dopo qualche tempo per abbondanti suppurazioni ; nella 2ª la caduta dell' escara porta anche emorragia e morte.

Prognosi. È sempre grave , più però negl' interni che negli esterni.

Terapia. Per gl' interni i medici non hanno trovato altro di buono che la dieta Valsalviana (!) I chirurgi poi , che si occupano degli esterni, tengono due grandi indicazioni , delle quali la 1ª è obliterazione , la 2ª estrazione.

Sotto il primo riguardo abbiamo la compressione, l'allacciatura ed i coagulanti. La compressione ora menata nel fango ed ora ai cieli fu ultimamente adoperata dal Vanzetta sotto forma digitale, mentre prima si usavano compressori meccanici, coi quali si portava facilmente flogosi, suggellazioni, ulcere ec. ed inoltre non si può limitare bene la loro azione. Certe volte la compressione si fa col tumore stesso, p. e., nell' aneurisma popliteo piegando la gamba sulla coscia.

L' allacciatura fu adoprata da Hanel immediatamente sul tumore e ciò non piacque ad Hunter il quale disse : vedete che l' arteria si può trovare alterata facilmente e rompersi sotto il laccio, dunque ligate molto in sopra. Però ad Hunter si potrebbe ripetere, che col suo modo rami collaterali provenienti da sopra l' allacciatura possono impin-

zarsi nel tumore ed impedire l'obliterazione; ciò però è raro e quindi il suo metodo è oggi generalmente adoperato. Non parlo di quelli, che ligavano sotto del tumore, essendo cosa già condannata dalla scienza.

I coagulanti comprendono la vescica di ghiaccio, gli astringenti, la galvano-puntura, le iniezioni al percloruro di ferro mediante opportuna siringa; questi mezzi sono facili, spesso utili ec., però le iniezioni qualche volta fanno infiammazione e tutto il resto.

La 2ª indicazione è di Antillo, il quale spaccava l'aneurisma e poi ligava sopra e sotto: metodo irrazionale e giustamente dimenticato.

Ricapitolando diremo che curando un'aneurisma noi adopreremo: 1° la compressione digitale, poichè questa può indurre la guarigione e non facendola prepara i buoni risultati dell'allacciatura con lo sviluppo della circolazione collaterale. 2° Allacciatura con il metodo, che stia tra Hanel ed Hunter. Nell'aneurisma di piccoli vasi, se volete, si può adoprare l'elettro-puntura; nel cirsoideo sono utili le iniezioni, la compressione, l'elettro-puntura istessa e secondo alcuni la ligatura dei vasi afferenti, che voi farete quando si può, non potendosi certamente ligar le carotidi per aneurisma cirsoideo della testa.

TESI 12 — IDRARTO, GANGLIO ED IGROMA

1ª IDRARTO. Vi s'intende dai chirurgi una *cronica sinovite* associata ad una lentissima e progressiva raccolta di sinovia bastantemente attenuata nel cavo articolare.

Sintomi. L'articolazione presenta una tumefazione che cresce sempre più, fa sentire una distinta fluttuazione, l'esplorazione tattile riesce indolente, i movimenti sono facilissimi e solo dopo lunghi passeggi vi si sveglia stanchezza o qualche leggiero dolore. Supponendo il ginocchio, avrete la rotula che si solleva, diguazza e depressa fa talora sentire uno speciale crepitlo. A questi fatti aggiungete, che siccome i legamenti articolari si lasciano poco distendere, così crescendo il liquido, questo è costretto a ricacciarsi nelle borse mucose annesse all'articolazione; onde vengono a formarsi tanti tumoretti rotondi, oblunghi, immobili ec., che come cistici circondano la medesima.

Anatomia. La sinoviale diventa un poco più spessa e

resistente, le villosità articolari si allungano e si presentano con vasellini alquanto moltiplicati.

Decorso cause e prognosi. Questo morbo spesso deriva da una sinovite acuta ed in molti altri casi comincia con tutt' i caratteri di cronicismo e così prosegue. Si svolge in ispecialità in giovani ed ordinariamente in ambo i ginocchi, raramente nell' anca, nel gomito, nella spalla ec. quasi mai in altre articolazioni. Si manifesta lentamente e senzacchè gl' infermi quasi se ne accorgessero, progredisce, il versamento può arrivare a grossi volumi ma infine si arresta senza menare ad altre conseguenze. Sicchè la prognosi è sempre favorevole e massime se postumo di processo acuto; difficile è il riassorbimento in quelli cominciati come cronici, i quali sono molto ostinati.

Diagnosi. Potrebbe confondersi con un' artrocace, ma noi in parlare di questo ne stabilimmo le differenze diagnostiche, che quasi in ogni caso leveranno un possibile equivoco.

Cura. È necessario assoluto riposo dell' articolazione, sulla quale si adoprano rivulsivi p. e. tintura di iodo, senapismi fino alla moxa ed al ferro rovente in qualche caso; utile è la compressione operata da fasciature, da apparecchi elastici ec. Se queste cose non riescono, farete la puntura con trequarti sottile lasciando uscire il liquido e poi chiusa la ferita con empiastro spalmerete tintura di iodo ed applicherete la compressione. Se pur questi rimedii riescono inutili, vi resteranno le iniezioni iodiche, che noi con raccomandiamo con calore, sapendo voi quanto terribili sieno le possibili sinoviti conseguenti, che ora vi costringeranno ad amputare ed ora uccideranno l' infermo con tutt' i fatti di piemia.

2° Ganglio. Vi s' intende una ***cronica infiammazione delle guaine dei tendini con morbosa raccolta di attenuata sinovia***, che sapete agevolare nelle condizioni normali lo scorrimento dei tendini medesimi. Si trova ordinariamente nella vola della mano o nella parte palmare dell' avambraccio e voi osserverete che le guaine dilatate dal liquido formano un tumore fluttuante ed indolente, il cui contenuto voi potete facilmente dall' avambraccio ricacciare nella vola della mano di sotto al ligamento anulare e viceversa. Alcune volte la guaina tendinea forma un' estuberanza sacciforme, come un' uovo, piena di sinovia e que-

sta ectasia erniosa, che sarebbe il *vero ganglio*, si trova ordinariamente al lato dorsale dell' articolazione della mano e prende il nome di *soprosso*. Il contenuto di questi tumori è sinovia alterata ora come gelatina limpida ed ora come liquido giallo, filante e torbido; vi si riscontrano inoltre dei corpicciuoli come semi di popone, duri e fibrinosi, i quali talora si trovano tanto numerosi che la vostra palpazione vi genera attrito, ed uno speciale crepitio, e che molte volte otturano la cannula del trequarti ed impediscono l' uscita del contenuto, costringendovi alle iniezioni d' acqua tiepida.

Prognosi. Non è morbo che mena a conseguenza di sorta salvo la deformità e qualche volta impedimento alle funzioni della parte. Rispetto ai criterii prognostici ricavati dalla cura badate a quello che or ora diremo.

Terapia. I rivellenti topicamente applicati giovano proprio niente. Vi è lo schiacciamento diversamente eseguito, col quale si cerca far scoppiare il tumore, onde il contenuto si effonda e venga riassorbito: è metodo innocente che però non riesce in ogni caso. Allora si ricorre alle punture seguite da iniezioni iodiche; è metodo che ora riesce ed ora porta ad estese suppurazioni, necrosi dei tendini ec. Dell' estirpazione non diciamo essendo assai pericolosa.

3° Igroma. *È infiammazione delle borse mucose sottocutanee seguita da raccolta* come nel ganglio. Ne abbiamo due varietà — *a) Acuta* o *subacuta*. La raccolta si costituisce rapidamente, si forma un distinto tumore fluttuante dolente ed a cute arrossita che poi o si riassorbisce e scompare, o prende andamento cronico, o si rompe con uscita del contenuto, che se avviene allo esterno dà tutt' i fatti d' una ferita e se nel cellulare sottocutaneo desta un' estesa infiammazione — *b) Cronica*. Si svolge lentamente, senza dolore, con pochissimi fastidii, che d' altronde si fanno sentire molto tardi. Il contenuto è meno denso che nei ganglii e vi si trovano non di rado i medesimi corpicciuoli fibrinosi. L' igroma più frequente in pratica è quello della borsa rotulea; si vede un tumore della rotula globoso, liscio, fluttuante, mobile con la medesima, non comunicante coll' articolazione e che solo molto tardi dà qualche impaccio e senso di stanchezza nel cammino.

Cause e prognosi. Le cause sono urti, pressioni ec., la

cronica o viene dall'acuta o comincia come tale più spesso nei vecchi che nei giovani. La prognosi è lieve, benchè però certi casi di cronico igroma sieno del tutto ribelli.

Terapia. È acuto e voi ordinerete riposo assoluto, pennellazioni alla tintura di iodo, spalmature alla pomata mercuriale, idropatia, una dolce compressione ec. questo basta nel più dei casi ed il morbo andrà via. È cronico e queste restano frustranee, i chirurgi o spaccano il tumore e lo fanno suppurare o l'estirpano con tutte le regole, che la grandezza, la sede ec., comandano nei singoli casi.

TESI 21 — Piaga ed ulcera

Piaga. La piaga è una scontinuità suppurante con tendenza a cicatrice, mentre l'ulcera a questa non tende o per averla il suo processo primitivo e sostanziale devesi mutare o deve esser mutato, onde passi per le fasi di piaga e cicatrizzi. Ora se la piaga è scontinuità suppurante e la suppurazione è processo riduttivo, evidentemente anche questo in essa vi è, benchè costituitasi contenga fatti componenti. Non si può ammettere, che nella piaga tutto fosse solo e sempre componente, poichè allora sarebbe neoplasma; però vien tempo che la suppurazione scade e l'attività produttiva cicatriziale prende il predominio e la cicatrice si costituisce. E ciò è tanto vero che, se quest' attività manchi, la piaga o si rende atonica o si ulcera; onde l'altro fatto, che cioè la vera piaga è momento di transizione tra la scontinuità infiammata e l'ulcera. Adunque piaga ed ulcera sono due modi di essere della suppurazione, che differiscono soltanto pel predominio o della composizione o della riduzione.

Genesi, processo ed evoluzione. Essendo la piaga una scontinuità, che promana da suppurazione, non può ripetere altra genesi, che flogosi non sia. Il processo ed evoluzione s'intendon da sè, dietro quello che si è detto.

Divenire. Il divenire della piaga è la cicatrice, quando non sia sviata da altri epifenomeni. Mentre il pus continua, le granulazioni si sollevano a livello della cute e talora la superano, diventano semprepiù confluenti ed alfine la cicatrice comincia dalla periferia al centro e anche

dal centro se pezzi di tessuto Malpighiano furono conservati.

Nosografia. Si trova una scontinuità di diverse dimensioni, suppurante, a bordi tumidetti caldi, tesi, rossi, lucidi e mai tagliati a filo, con campo coverto da pus normale e, se questo vien tolto, si mostra roseo e disseminato di minuti e folti rialti, *bottoni*. Quando il pus diminuisce, la superficie comincia a retrarsi, un' alone azzurrino la separa dalla cute sana e la cicatrice ne compare.

Anatomia. Le granulaziani risultano di cellule e vasi neoformati disposti ad anse; questi però si trovano nei tessuti, che ne hanno ed in quelli, che ne sono privi, sono sostituiti dalle correnti interstiziali.

Decorso e cagioni. Il decorso è ordinariamente celere e le cagioni sono quelle della flogosi.

Terapia. La più semplice medicatura è la filaccia ascintta direttamente o soprapposta a compressa fenestrata; se i bordi sono deboli per iniziata cicatrice saranno tutelati con listerelle al cerato od unte di grasso. Essendovi punti necrotici si apporranno sfila bagnate di acqua di cloro, soluzioni di acido fenico permanganato di potassa ec., e se le granulazioni si fanno atoniche sono indicati i fomenti di camomilla, di acqua di saturno, pennellazione al nitrato di argento ec.

Ulcera. Si è detto, che ulcera è scontinuità suppurante e per sè non tendente a cicatrice senza accennare all' essenzialità del suo processo, che è cangrena molecolare, dissolvimento cioè e morte del tessuto. Ora s' intende facilmente, che si tratti di riduzione predominante di passività e non di attività, di cui la costituzione della cicatrice ha bisogno. Il dato necrobiotico, che una scontinuità suppurante ha sempre, nella piaga è fatto transitorto e nell' ulcera è essenzialità processuale. Sicchè se volessimo concretizzare il concetto con uno schema avremmo tre zone, delle quali la centrale è ulcera, la media è suppurazione ed iperplasia, la esterna è ipertrofia e si continua coi tessuti normali.

Patogenesi ed evoluzione. Partiamo dal concetto più vero e fondamentale, stabilendo che l'ulcera, distruzione e dissolvimento dei tessuti, ha in sè il contenuto della suppurazione, ma la snppurazione non sempre contiene l' ulcera, avvegnachè entrambi siano processi di riduzione. Voi

sapete quanta parte abbia nella piaga la riduzione e quanta la composizione, ora anche nell' ulcera si ha processo componente, solo è a vedere quale di essi prevalga e questo è il riduttivo, benchè dopo o spontaneamente o per arte si debba andare alla pura suppurazione per avere la cicatrice.

L' ulcera è dissolvimento, il quale alcune volte è necrobiosi ed altre volte è necrosi. È *necrobiosi* quando avviene per metamorfosi regressive e degenerazioni, che costituiscono fase necessaria in alcuni neoplasmi, accidentale in altri, è *necrosi*, quando la morte è indiretta, come per infarti, emboli, trombi, infiltrazione ec. Non sempre adunque l' ulcera promana da flogosi e da suppurazione; però la genesi flogistica è la più comune benchè non esclusiva. La infiammazione dà l' ulcera in forza dei suoi fattori, che saranno congestioni fino alla trombosi, infiltrazioni essudative, pressioni da ingorgo, principii settici ec.; l' azione è quindi necrotica nel più dei casi, potendo al rigonfiamento degli elementi infiammati seguire disgregamento, che è necrobiosi.

Dimostreremo gli asserti — osservate questa suppurazione superficiale, si scoverchia per *detritus*, una irritazione permane e l' ulcera si costituisce; ecco una piccola necrosi per contusione, calorico ec, si effettua la crosta, la necrosi continua e l' ulcera vi si forma sotto; ecco un' ascesso, perfora dopo la cute ed avete un' ulcera cava. In tutti questi casi si tratta di suppurazione, e rammollimento o fusione di tessuti accompagnano la suppurazione; che questo sia vel dica quella dei muscoli e delle masse nervose. Avete qui un *lupus*, i suoi elementi raggiungono la cute, ulcera si forma dall' esterno all' interno, mentre nel noduliforme avete l' inverso, ulcera cioè dall' interno all' esterno, come succede ancora nel tubercolo delle mucose, linfatici ec.; ecco un vecchio con degenerazioni vasali, guardate le sue gambe e vedrete ulcere estremamente atoniche, dovute a rammollimento, il quale genera ancora l'eczematose; nell' eczema cade la pelle, iperemica ed infiltrata di siero è la cute, un' ulcera vi si stabilisce. In questi casi si tratta di fase degenerativa e sotto questo riguardo è l' ulcera ateromatosa il vero modello; però se infiltrazione plastica vi si accompagna torna in campo la

flogosi e la suppurazione che certamente deve intervenire perchè l'ulcera sia piaga e guarisca.

Etiologia. Le cause occasionali sono traumi di qualunque natura. Nella storia però dell'ulcera ha importanza il dato disponente, che potrà esser sifilide, scorbuto, artritide, marasmo ec. L'ulcera intanto è sempre processo locale, avvegnachè stati costituzionali nella loro entità dispongano all'ulcerazione i tessuti, nei quali è la nutrizione sempre perturbata. Anche l'ulcera virulenta come ulcera dipende dalla irritazione locale, benchè sia infettiva per la cagione specifica. Irritazioni varie possono fare di piaga un'ulcera, il cui sviluppo è ora favorito dai tessuti ora dalle sedi ec. Su di ciò sappiamo ulcerare i tessuti più facilmente, che più facilmente suppurano, quelli imbevuti di liquidi sierosi, aventi vasi ateromatosi o congesti per numerose varici.

Essere e divenire. Nell'essere dell'ulcera studiamo certi epifenomeni che su piaga ed ulcera si ponno stabilire, oscurare la diagnosi e costituirsi come fatti, ai quali in prima il Chirurgo debba volgere la sua attenzione. Questi epifenomeni sono transitorii e permanenti.

Fra i transitorii abbiamo: 1° la flogosi che si vede più facilmente in individui robusti e per scontinuità chirurgiche, da scottature, contusioni ec. e siccome v'è soverchia irritazione e questa va unita a maggiore sensibilità, così la flogosi si associa all'*eretismo*. 2° Questo però molte volte sta quasi solo a costituire il fenomeno più saliente. Un dolore bruciante e stranamente intenso si sente nella parte: eppure le granulazioni non hanno nervi! I giovani, le donne ne vanno più soggetti, si riscontra ordinariamente nelle piaghe ed ulcere recenti, benchè per condizioni sopravvegnenti anche le torpide potessero soggiacervi. 3° *Atonia.* Invade d'ordinario scontinuità lasciate a sè medesime o mal curate. I margini diventano sclerotizzati e callosi, edematosi e talvolta infiltrati da pigmento; le granulazioni ponno divenir fungose; un'edema può stabilirvisi, diffondersi e preparare maggiori davastamenti. Forse qui si dovrebbe parlare delle infiltrazioni fibrinose con esito in difteria e cangrena nosocomiale, degli infarti emorragici con esito in gravi diffusioni, *ulcere fagedeniche*, come negli scorbutici può certamente intervenire. Fra gli epifeno-

meni permanenti mettiamo le fungosità, i possibili neoplasmi, omologhi od eteroplastici e le iperplasie, onde l' *ulcus hipertrophicum*.

Il divenire dell' ulcera non è la cicatrice; nell' anatomia osserverete, che essa minaccia sempre di avviarsi verso la medesima, ma se lo fa l' ulcera cessa e si forma la piaga. Vedete adunque che è il concetto processuale quello, che esclude l' esito in guarigione, benchè esso o possa spontaneamente cambiarsi e condurre a piaga o l' arte vi opera questa trasformazione. L' ulcera dunque distrugge, icorizza è per certi specifici elementi può fare setticemia, avvegnachè ciò sia raro.

Nosografia. Nell' ulcera dovete distinguere il fondo ed i margini, la forma e la sede. Alcuni siti sono favorevoli altri no, come il tallone, lo stinco ec. per ragion di tessuti e di lontananza dai centri. La forma è *anulare*, quando circuisce un membro, *allungata* e questa favorisce più la cicatrice per la più facile retrazione, *sinuosa* e questa fa facili i ristagni e corruzioni del pus, *circolare semilunare* ec.

Gli orli sono per lo più tagliati a filo od a picco, tumidi, rossi, dolenti, *zona suppurativa*, ma se attività formativa non vi è, la necrobiosi l' invade e continua. Il fondo è giallíccio plasticamente infiltrato e coverto da pus, vi si veggon punti rossi e salienti, ma se la necrosi continua tutto è *detritus* misto a pus. Sono questi i materiali di eliminazione, che ponno divenire saniosi, fetidi, oscuri, icorosi ec. Studiamo le varietà:

1ª *Ulcera infiammata.* Presenta le note flogistiche infiltrazione e suppurazione; se l' ulcera era atonica si dissipano le iniziali granulazioni ed un materiaie abbondante come lavatura di carne ne viene eliminato.

2ª *Eretistica.* Una mite flogosi vi può esser e può mancare, il dolore è sempre forte ed arido il materiale eliminato.

3ª *Atonica.* Ha bottoni piccolissimi, scarsa eliminazione e sierosa, margini freddi callosi, rilevati, che ricacciano l' icore al fondo.

4ª *Fungosa.* Le granulazioni sono lussoreggianti, spesso infiltrate di sangue e sorpassano la cute, come se sbucassero da un foro ristretto; il materiale eliminato è mucoso e trasparente.

5ª *Varicosa*. Ha fondo giallognolo, s' approfonda con orli piani e facilmente sanguinanti, sono torpide ed associate a varici.

6ª *Eczematose*. Sono rodenti in generale, situate su cute violetta e fredda, con orli duri, rossi, sfrangiati, arrovesciati ec. una sanie indefettibile ed acre ne plora, e le granulazioni sono piccole molli e dolenti: queste ulcere si estendono in grandi superficie, *carte geografiche*.

7ª *Luposa*. Riscontrate l' articolo del *Lupus*.

8ª *Tubercolare*. Ha orli molli oscuri, poco ricisi e staccati, è rotonda atonica e su cute bluastra; i materiali eliminati sono pria caseosi e poi liquidi, scarsi ec.

Anatomia. Ci limiteremo a dire, che nell' ulcera vi sono sotto la necrosi anse vascolari e neoformazione, dalla quale ogni parte morta viene rimossa. Dunque vi è processo componente, vi è la base della granulazione, che se germoglia favorevolmente l' ulcera cessa e la piaga si costituisce.

Prognosi. Rivolgete la mente a quel che si è detto ed il prognostico viene da se bello e chiaro.

Terapia. L' ulcera tende a mutarsi in piaga e voi limitatevi a bagnature locali, filaccica ec., tutto insomma sia nettezza. Questo movimento spontaneo non si ha ed allora studiatene la cagione e combattetela: 1° è *flogosi*, servitevi degli astringenti, freddo, cataplasmi ammollienti e dei preparati di piombo, abbondando il pus; 2° è *eretismo*, adoprate il freddo, gli oppiati, ec. e non ricevendone vantaggi causticate; 3° è *atonia*, usate gl' irritanti e medicate spesso; 4° è *callosità*, applicate gli ammollienti, i cataplasmi caldo-umidi ec. e non giovando causticate le margini, asportatele ancora; 5° è *edema*, bene comprimete e fate medicature coi preparati di piombo, zinco, allume ec. 6° è *corruzione*, ed allora le medicature alla trementina, vino, acido fenico ec. sono indicatissime; 7ª è *fungosità*, asportate con cesoie, causticate, comprimete ec.

Le ulcere varicose spesso guariscono con la nettezza, col riposo e posizione supina; altre volte sono restie, ma con le fasciature comprimenti con le medicature leggermente irritanti si riesce alfine di portarle a cicatrice.

L' ulcera luposa si guarisce con le causticazioni al cloruro di zinco, nitrato di argento ec. mentre l' eczematosa resiste talora ad ogni terapia e benchè si giovasse della polvere di zinco o di precipitato, pure spesso siamo costretti di correre alle forti soluzioni di nitrato d' argento.

TESI 22 — Carie e necrosi

Carie è suppurazione ed ulcera dell'osso, che come nelle parti molli ora comincia dalla superficie ed ora dalla profondità onde *carie superficiale* e *carie profonda*. Si riconosce inoltre una carie vegetante o iperplastica, *fungosa*, ed un'altra torpida, *atonica*.

Patogenesi ed evoluzione. Senza alcuna tema di errare possiamo dire, che la carie procede da periostiti ed osteiti croniche. Nelle croniche periostiti possiamo avere le così dette *osteoplastiche*, cioè con formazione di osteofiti, i quali rendono l'osso ipertrofico e tuberoso. Questi osteofiti dipendono da gittate di vasellini periostei con proliferazione cellulare intorno alle quali massa ossea si depone; Billroth però dà poca parte al periostio e massime all'osso, facendo dipendere le gittate vascolari dai vasi Haversiani e quindi anzichè a periostiti ricorre ad *osteiti osteoplastiche superficiali*. Sarebbero in ogni modo sempre periostiti associate però ad osteiti superficiali, dalle quali non si ha sempre osteofiti ma spesso granulazioni fungose, *carie fungosa o secca*, e che potranno anche dissolversi in pus, *carie torpida*. In questi casi insomma sia per rammollimento, come vogliono alcuni, sia per corrosione fatta dalle granulazioni, come vuole Billroth, l'osso verrebbe rosicchiato e distrutto, *carie superficiale*. Notate intanto, che nella carie non vi sono solamente granulazioni fungose, ma in certi punti anche granulazioni ossificate, *osteofiti*.

Data un' osteite cronica, in certi casi avrete l'*ossificante* con obliterazione dei canali Haversiani fino al riempimento del cavo midollare ed in altri molti la carie *centrale* fungosa o torpida. Proliferano lentamente le cellule dei canali di Havers, questi si dilatano, le granulazioni si costituiscono e l'osso mostra una perdita di sostanza a pareti scabre, porose e quasi rosicchiate. Questa carie centrale nel più dei casi comincia come *osteomielite*, la superficie interna dell' osso viene corrosa dalle granulazioni e si forma del pus, che si apre allo esterno mentre il periostio molta sostanza ossea ne depone sulla superficie esterna. Dell' osso poi alcune particelle ponno cadere anche in necrosi, *carie necrotica*. Notate in ultimo, che voi nelle ossa spugnose potete avere senza notevole tumefazione, che

in massima parte è dovuta a periostite, una rapida dissoluzione, essendo in esse l' osteite associata sempre ad osteomielite.

Etiologia. Le cause di queste croniche infiammazioni sono i traumi di qualunque natura, però bisogna confessare, che questi non bastano a sostenerle se non sulle basi di alterazioni costituzionali, che saranno scrofola, tubercolo, sifilide ec.

Diagnosi. La diagnosi è difficile nella superficiale, difficilissima nella profonda. Precedono i tatti infiammatorii per un tempo ordinariamente lungo, crescono poscia i dolori, la cute si arrossisce e riscalda, una distinta fluttuazione si trova nella parte finchè la perforazione non avvenga. In questo tempo la cute si screpola e si forma un ulcera ovale o rotonda, con orli duri e foschi, con linfaticii vicini ingorgati ed atonica. Da quest' ulcera plora una sanie fetida e vegetazioni fungose si affacciano sulla superficie. Adoprate allora lo specillo e questo non solo la sede vi additerà ma anche la natura: nella carie fungosa per giungere all' osso bisogna colla sonda attraversare le granulazioni, mentre nella torpida troverete margini assai netti e lo specillo giungerà direttamente all' osso e ve ne farà avvertire assai bene le scabrizie e le corrosioni. Criterii di carie troverete negli ascessi per congestione ed altri nelle deviazioni, come succede nello spondilartrocace e nella lussazione in alto del femore per carie del suo capo. Intendete poi bene se sia impossibile diagnosticare una carie centrale, un pus raccolto nel cavo midollare, *ascesso osseo*, e non ancora versato allo esterno.

Esito e prognosi. Se l' osso cariato si dissolva nelle sue scabrizie ed un' attività formativa non manchi. può spontaneamente guarire: se questo non accade e l' arte non interviene può avvenire la morte per esaurimento, degenerazioni amiloidee, piemia ec. Gli esiti sono dunque ligati alle condizioni generali ed inoltre v' influisce la sede, essendo lieve la carie della tibia in confronto con quella dei processi mastoidei, vertebre ec. È più lieve la fungosa che la torpida non solo per gli esiti, quanto per le condizioni generali, alle quali questa accenna.

Terapia. 1ª Indicazione è di combattere le anomalie generali. 2ª Svolta la periostite, osteite ec. è necessario il riposo, sangnisugio, tintura di iodo fino, se suppurazione

non accade, al moxa ed al ferro rovente. 3ª Avuto l'ascesso farete piccole aperture pel doppio scopo di evitare l'accesso dell'aria ed avere l'uscita della marcia Negli arti e nelle diafisi aprite largamente, accertatevi delle cose ed indi procedete al ferro rovente od alla resezione, se carie atonica, ai bagni locali clorurati, irrigazioni fredde, filaccica imbevuta in soluzioni eccitanti, se fungosa. Certi d'un ascesso osseo fate la terebrazione. Se la suppurazione è abbondante e gli esiti infausti si affacciano, procedete all'amputazione senza riserva.

Necrosi. È morte, cangrena di tutto o parte di un osso, *sequestro.* La cagione di questo fatto è l'impedito circolo per osteiti, osteomieliti, periostiti od anche per embolo. La rapida proliferazione dei corpuscoli nei canali Haversiani comprime ed occlude i vasi, ciocchè nelle osteiti croniche non avviene andando la proliferazione di pari passo col dilatamento di detti canali. Necrosi infine può succedere ad un trauma, che abbia scontinuato un pezzo d'osso e toltogli ogni circolazione. Le distinzioni delle necrosi in *parziali* e *generali* in *superficiali* e' *profonde* si intendon da se.

L'osso morto viene delimitato da un germoglio di granulazioni, che dopo averlo corroso e distaccato si fluidificano in pus e questo mediante seni fistolosi, *cloache*, si versa all'esterno: viene così il sequestro a nuotare in uno cavità contenente marcia. Mentre intanto ed in tempo variabile secondo la robustezza dell'osso si compie il distacco, succede una neoformazione ossea spessa, *cassa di morte*, che tutto circonda il sequestro.

Diagnosi.. Il contenuto della necrosi comincia dal momento, in cui l'osso muore fino alla eliminazione del sequestro. Onde riconoscere questo per una delle cloache si introduca una sonda, la quale riscontrerà un corpo liscio, rigido, indolente e mobile, se il distacco è compiuto, mentre nella carie l'osso è scabro dolente e mai mobile: dippiù la carie ha scarsa neoformazione ossea e sanie tenue, sierosa, fetida, mentre la necrosi è fornita della cassa di morte ed il suo pus *est bonum et laudabile.* Si noti però che vi è la carie necrotica e la diagnosi rendesi difficile non ostante questi criterii e quelli che la genesi, evoluzione ec. possono offrire.

Esiti. Piccoli sequestri vengono facilmente corrosi inte-

ramente dalle granulazioni, i grandi non così cessando la corrosione, quando tra l' osso morto e le granulazioni vi è pus. In casi ben confermati il sequestro è stato cacciato attraverso una delle cloache sospinte dalle granulazioni. Però la corrosione e l' eliminazione spontanea son fatti ben rari in confronto dell' altro in esaurimento e piemia se l' arte non interviene, essendo la presenza del sequestro stimolo di continua suppurazione.

Terapia. Si farà cura generale per sostenere e migliorare le forze dell' infermo, localmente si attenda alla nettezza e si mettano da banda le iniezioni di acido idroclorico, il quale scioglierebbe le neoformazioni ossee anzichè il sequestro. In questo modo passeranno i 6 a 10 mesi, il distacco avverrà e voi andrete ad operare la *sequestrotomia.*

TESI 36 — Cancro della mammella e del labbro

Nessun organo o tessuto dell' umana economia va tanto soggetto alla neoformazione cancerigna quanto il più nobile fra i secretori, cioè la mammella. Fra questi neoplasmi i più frequenti sono: 1° *semplici cancri di connettivo.* Si forma un tumore piccino ed indolente, situato nella glandola, mobile sotto la cute e sui muscoli pettorali, cresce sollecitamente in principio e poi si arresta in modo che per arrivare alla grandezza d' una mela vi occorre un anno e più. In prosieguo il tumore cresce e si salda con la pelle e muscoli sottostanti, i gangli prossimiori cominciano ad ingrandirsi ed a poco a poco i tumori linfatici ed il cancerigno confluiscono formandone un solo bernoccoluto ed immobile. In questo tempo nevralgici dolori, edemi nell' arto affliggono l' inferma, la di cui salute già va sensibilmente deperendo. La cute in qualche punto comincia ad arrossire, un' ulcera crateriforme torpida e talvolta fungosa vi si stabilisce con secrezione icorosa e fetente, la cachessia cancerigna si pronunzia, emorragie dal campo ulcerato ponno accelerarla ed alfine si muore. 2° I *cancri cicatrizzanti.* Sorge nella mammella un punto indurito ora senza ed ora con strazianti dolori, il tumore è oltremodo duro ed al medesimo si associa una retrazione un' impicciolimento della glandola: in prosieguo le glandole linfatiche s' induriscono e retraggono. Questo tumore da

alcuni vien cacciato dalla classe dei cancri; rassomiglierebbe alla cronica flogosi della epatite interstiziale ed estirpato raro è, che recidivi. 3° Dopo i cancri di connettivo vengono i *carcinomi epiteliali*. Solo da poco tempo si è trovato non essere rari i carcinomi, provvenienti dagli epitelii degli acini e dei dotti glandolari. Questi epiteliomi si associano talvolta ad adenomi, *adeno-epiteliomi*, risvegliano sollecite infezioni nelle glandole ascellari, fitte lancinanti accompagnano il loro decorso, indi ulcerano e dopo più o men lungo tempo le inferme muoiono sotto le forme di un' altissima cachessia. 4° Anche i *cancri melanotici* ponno trovarsi nella mammella benchè mai primitivi, ma sempre secondarii nei pochi casi finora osservati; si mostrano cutanei o sottocutanei.

Etiologia. Cause positive non se ne conoscono e fra le meglio constatate evvi l' eredità. È rarissimo il cancro prima dei venti anni, meno raro dai venti ai trenta, frequente dai 30 ai 50.

Diagnosi. La diagnosi è alcune volte assai difficile e massime al principio, quando il cancro si può confondere con altri tumori mammarii p. e. croniche flegmasie ec. Se differenze diagnostiche ponno trovarsi, queste poggiano sul decorso, sulle fasi ulteriori, sui dolori lancinanti, sullo scolo del capezzolo, che trovasi alcune volte, sulla deformità del medesimo ec.

Prognosi. La s' intende da se, pensando al solo nome delle affezioni.

Cura. Se non vi è ripetizione di processo, la miglior cura è l' estirpazione, ma se quella vi è la mano del Chirurgo non può far altro che cura palliativa, se non vuole egli stesso anticipatamente aprire la tomba.

Le AFFEZIONI CANCERIGNE DELLE LABBRA più frequenti sono le *epiteliali*; a queste quindi noi ci limiteremo.

Gli epiteliomi invadono in diverse maniere: 1ª Alcune volte il morbo comincia a mo' di ragade, di ruga, di molle papilla o d' una crosta epidermoidale, che poi cade. Queste lesioni lievissime sogliono durare lungamente nella superficie, *epitelioma superficiale*, poi lentamente si dilatano in superficie piucchè in profondità, i tessuti affetti ne vanno distrutti ed un' ulcera vi si costituisce con margini mediocremente induriti. 2° Nei casi più tristi il neoplasma comincia come nodicini nella spessezza della cute e della

mucosa. *epitelioma profondo*, e può rapidamente ulcerarsi per rammollimento centrale. 3° In altri casi sorge sul labbro una distinta verruca, che poi si escoria, si esulcera e manifesta la sua natura cancerigna.

In qualunque modo dunque si costituisce sempre un'ulcera vi si caccia: ulcera con bordi arrovesciati in fuori e duri, coverta da croste giallastre con fondo grigiastro o rosso-bruno granuloso e sede frequentemente di fitte lancinanti. Certe volte però grossi o piccoli lembi di tessuti ne cadono disfatti e l'ulcera si rende crateriforme, tal'altra la neoformazione germoglia eccessivamente e granulazioni fungose ne risultano.

Esiti. Se la chirurgia efficace non interviene, i ganglii prossimiori si gonfiano, ripetizioni di processo si stabiliscono, la cachessia si pronunzia e l'individuo muore.

Diagnosi. Potrebbe confondersi col lupo o con un' ulcera sifilitica, ma badate che questa cede ai rimedii specifici ed il lupo, se non guarisce, è arrestato dai caustici, che accelerano ed accrescono lo sviluppo dell' epitelioma, il quale tende indefettibilmente a maggiori devastamenti fino alla distruzione delle ossa.

Etiologia. È affezione più propria degli uomini adulti e causa occasionale si ritiene che sia il fumare massime con pipe a corti cannelli: più predisposto è il labbro inferiore.

Prognosi e terapia. La prognosi è grave, meno però che negli altri cancri per la sede e per le poco frequenti recidive. La cura è l'estirpazione modificata secondo le diverse circostanze.

TESI 6 — Flemmone ed ascesso perirenale e periuterino

1° Il flemmone *perirenale* si costituisce nel congiuntivo, che involge il rognone.

Sintomi e cause. Le cagioni di questa flogosi sono: 1ª una scontinuità di una porzione qualunque del rene prodotta da qualunque cagione; 2ª un trauma p. e. cadute, colpi sulla regione lombare ec. Nel primo caso si avrà versamento ed infiltrazione urinosa con gli effetti, che sapete accadere negli ascessi urinosi; nel secondo l' affezione comincia con dolori molto profondi nella parte, in cui dopo qualche tempo riscontrerete un tumore di certo vo-

lume. Questo tumore è caldo, a cute non rossa per la profondità della flogosi, il cellulare sottocutaneo è edematoso e vi si scorge una fluttuazione molto profonda. Vi lascio supporre i fatti generali.

Esiti, diagnosi e prognosi. Questo flemmone può risolvere, quando non dipenda da infiammazione, però abbandonata a sè medesimo viene l' ascesso, che può aprirsi all' esterno o all' interno. Se apresi all' esterno, pus fetido ne plora, l' ammalato resta sollevato nelle sue sofferenze e solo accadendo ristagno del pus o abbondando la suppurazione la morte può intervenire. Nel secondo caso avverranno scollamenti più o meno estesi del peritoneo con versamento del pus o nel peritoneo o perfino nel torace e terribili conseguenze. La prognosi è adunque gravissima; quantunque sia vero, che arrivando il chirurgo a tempo e sapendo agire energicamente il flemmone possa risolvere o prendere indirizzo più favorevole per la vita dell' infermo. La diagnosi nell' urinoso è facile, difficile in primo tempo nel traumatico: voi lo distinguerete intanto da una lombagine per essere il dolore unilaterale. Però intendete che ciò valga poco, eppure altro non vi è; solo in secondo tempo il vostro giudizio sarà chiarito dalla comparsa del tumore ec.

Terapia. In primo tempo applicherete antiflogistici e quindi mignatte, bagni caldi o semicupii ec. Avuto l' ascesso annunziato già dai brividi (*febres magis accidunt*) aprite subito e largamente. Se i fatti procedessero dai reni l' apertura dev' essere assai più sollecita.

2° Il flemmone *periuterino* conosciuto solo da poco tempo si stabilisce nel congiuntivo dei ligamenti larghi o del piccolo bacino.

Sintomi. Ora si svolge rapidamente con brividi, febbre e dolori che s' irradiano ai lombi ed agl' inguini e che esacerbano al più piccolo movimento, ora si svolge lentamente ed i fatti sono gli stessi benchè più miti e di graduato sviluppo. Introdotto il dito in vagina osserverete calore aumentato, l' utero poco o niente mobile, un' indurimento che duole alla pressione ec. Dopo, siccome l' esito più frequente di questa flogosi è la suppurazione, avrete novelli brividi con febbri più forti, dolori più continui e lancinanti, nella vagina troverete una specie di cercine pastoso e nel rette un tumore fluttuante, che poi s' aprirà con uno o

più orifizii o nell' una o nell' altro piuttostochè nella vescica nel perineo o nell' utero stesso.

Cagioni. Questo flemmone si può avere nel parto per compressione fatta dal feto sui ligamenti uterini, dalle manovre ostretiche ec. o fuori lo stato puerperale per diffusione di processo in seguito a metriti prodotte da stimoli di qualunqne natura.

Diagnosi. È difficile; poichè si può confondere con metriti, con ovariti ec. però venuta la suppurazione tutti gli equivoci cesserebbero se non fosse pel pericolo di confonderlo con un' ematocele. Ma osservate che la natura degl' accidenti e massime il decorso del morbo rendono uno sbaglio di pura ignoranza effetto.

Prognosi. Benchè possa risolvêre in qualche caso, pure la prognosi è riservata per non dire grave; la gravità varia secondo la via che batte il pus per versarsi allo esterno, gravissima p. e., se s' apre in vescica, meno se nel perineo, meno ancora se nel retto, in vagina ec.

Cura. In 1° tempo mignatte all' ano, alla vagina e perfino al collo dell' utero, semicupii ec. Avuto l' ascesso, aprite per la vagina, pel retto con un trequarti ricurvo, nel perineo largamente onde impedire i facili ristagni e corruzioni del pus, secondochè la marcia voglia per l' una o per l' altra via versarsi. Dopo farete iniezioni antisettiche all' acido fenico, solfiti, permanganato di potassa ec.

TESI 3 — Flemmone eresipelatoso

Il flemmone eresipelatoso è *flogosi acuta del cellulare associata ad angioleucite*. Ultimamente lo Chassaignac l' ha diviso in quattro varietà: *a)* a *nappa* se trovasi sotto un aponevrosi, che ne resta distesa: *b) pannicolare*, quando trova buono imbottimento nel tessuto adiposo: *c) aponevrotico*, se raccogliesi sotto le guaine dei tendini e dei muscoli: *d) totale* se dalla superficie va fino alla profondità. Scorgete adunque che son differenze di sede e non di natura.

Sintomi. Precede malessere generale, febbre violenta con insonnio e delirio, lingua gialla-arida e fuligginosa. Insomma è febbre continua o remittente di carattere tifoideo e poi dichiaratamente atassico: in questo tempo esa-

minando il petto troverete sintomi di pleurite o pulmonite con tutta probabilità.

La località duole e poi comincia a gonfiarsi fino al più forte pronunziamento. Crescono i dolori e si fanno stringenti, urenti ed ineffabili, la parte è arrossita, ma non è il rossore uniforme del flemmone circoscritto, è a chiazze, pallido in alcuni punti e con razzature dolenti e sporgenti sulla superficie, le quali conducono la vostra mano ai ganglii prossimiori tumefatti e pur essi dolenti; vi è dunque adenite e perciò leucocitosi. La cute è lucente e distesa, il turgore vasto e di poca densità; vi è pastosità, che noi paragoniamo a quella di spugna inzuppata di acqua e che Beclard pone nella media tra la densità del flemmone circoscritto, la pastosità dell' edema e l' elasticità dell' enfisema!!! Dopo qualche tempo i fatti locali e generali sembrano arrestarsi per 3 a 4 giorni; ciò però non succede sempre, ma poi anzichè risoluzione riscontrasi un senso di pastosità, *edema di ritorno*, si elevano flittene, che ben presto si rompono con uscita di siero sanguinolento e lasciando vedere la cute profondamente alterata. Allora cresce la tumefazione, la pelle si assottiglia e la fluttuazione si fa evivente. Viene indi l' apertura spontanea e talora fatta dal chirurgo con uscita considerevole di pus e cenci di congiuntivo necrotizzato. La cute si trova scollata e quindi priva di nutrizione si mortifica e cade a brani a brani scovrendo un' ulcera spaventevole. In questo tempo i tendini disfatti, i muscoli gialli e rammolliti, le aponevrosi mortificate cadono in brani e sono eliminati fino a rimanerne scoverte le ossa ed aperte le articolazioni. L' infermo è colto da estremo esaurimento, diarree colliquative e morte, la quale più spesso interviene con tutt' i fatti d' icoremia. Quando però le forze dell' infermo resistessero e la necrosi fosse più o meno limitata avremo una piaga estesa e cicatrice, se anche qui l' abbondante suppurazione non uccida.

Segnato così il decorso del morbo in parola, Nélaton vi distingue tre periodi — *a*) *infiammatorio*, dal principio fino alla stazionarietà; ciocchè è erroneo come egli stesso confessa e giustifica dicendo. che allora non vi è altra alterazione oltre quella del flemmone semplice — *b*) di *mortificazione*, che comprende tutto il tempo di stazionarietà; questo forse sta — *c*) di *eliminazione*, che comprende

l' apertura con uscita di pus, cenci necrotici ec. Questa distinzione in via scolastica potrebbe passare, benchè noi la rifiutassimo.

Prognosi e natura. Se dopo aver accennato a tutte queste cose voi rivolgete la mente all' essenzialità di questo morbo e vi dimandate la ragione di effetti tanto tristi in confronto di quelli del circoscritto, scorgerete che in esso vi è qualche cosa di specifico. Incidete un flemmone di tal genere e troverete forti congestioni, essudati infiltrati, tessuti in isfacelo, linfatici infiammati, ganglii ingorgati ec. Esaminate il cadavere ed oltre ai fatti locali troverete ascessi *necrotici* ed *embolici*, dei quali altrove, ricordate, esponemmo il valore e la genesi. Abbiamo dunque ragione di chiamarlo *flemmone eresipelatoso?* Volete chiamarlo anche *diffuso*, come pretendono alcuni, e fatelo badando però di accennare alla vastità delle alterazioni e non al processo stesso con questo miserabile nome.

Questo flemmone porta ordinariamente a morte o per esaurimento o per icoremià, che è molto più frequente; dunque la *prognosi* è gravissima. Duncan ed il nostro Professore parlano di qualche caso di risoluzione ben confermata, ma voi capite agevolmente quanto ciò sia difficile nel vero flemmone.

Etiologia. Le cause possono essere: *a*) un salasso, che dia flebite od inoculi qualche principio particolare; *b*) ferite contuse, che dànno necrosi e sostanze particolari assorbite in secondo tempo; *c*) ferite anatomiche con assorbimento di sostanze cadaveriche; *d*) scontinuità irritate continuamente da fecce, urina ec.; *e*) inoculazione di virus in genere.

Terapia. La più necessaria è la profilassi, per la quale vi rimettiamo al capitolo *delle ferite avvelenate.* Sviluppato il flemmone fate applicazioni di mignatte e poi incisioni, sulle quali alcuni passano il ferro rovente: si è adoprata la compressione dal Velpeau senza vantaggi di sorta alcuna. Più interessante in ultimo è sostenere le forze dell' infermo con i ricostituenti, p. es., vino, ferro, olio di fegato di merluzzo, china, amari, azotati ec. ec.

TESI 53 — Ernia inguinale

Non è questo il luogo di parlare del canale inguinale, la di cui conoscenza permette soltanto la compiuta intel-

ligenza dell' ernia, che pel medesimo si attua, delle sue specie ec., ci limitiamo perciò a ben poca cosa ricordando la direzione di detto canale dall' alto al basso e da fuori in dentro, il suo orifizio esterno limitato dai due pilastri e corrispondente all' intermezzo tra la spina e la sinfisi del pube; il suo orifizio interno coverto dal peritoneo che vi s' infossa, *fossa inguinale esterna*. Questa fossetta è limitata all' interno dall' arteria epigastrica; però vi sono altre due fovee peritoneali, delle quali l' una *media* e l' altra *interna*; la 1ª sta tra l' arteria epigastrica e l'ombelicale obliterata, la 2ª tra questa ed il bordo esterno del muscolo retto addominale. Per questo ed altre disposizioni la fovea esterna viene a distare dall' orifizio esterno per tutto il canale inguinale cioè per un pollice e mezzo, la media corrisponde alla metà della parete posteriore del canale stesso, la interna tirata sulla superficie corrisponderebbe all' orifizio esterno,

Premesse queste cose, è facile intendere, che non è solo ernia inguinale quella, che tutto percorre il canale: ciò è tanto vero, che quantunque lo Gerdit pretenda chiamare questa *inguinale* e tutte le altre *adinguinali*, pure la pratica non à voluto ascoltarlo. Vi sarebbero adunque tre ernie inguinali secondo la fovea, che dal viscere viene forzata; però in clinica se ne distinguono due *obliqua* cioè o esterna, *diretta* o interna; la 1ª è formata dal viscere che impegnato per la fossa esterna tutto percorre il canale e dicesi *obliqua* per la direzione, *esterna* per riguardo all' arteria epigastrica; la 2ª quella formata sia per la fovea interna che per la media, come di solito accade.

L' inguinale esterna o si svolge istantaneamente o a gradi a gradi ed in questo caso ha tre periodi: nel 1° si affossa più la fovea e si avanza il sacco iniziale nel canale e se vi rimane dicesi *interstiziale*; nel 2° esce la punta *inguinocele*; nel 3° il tumore cresce e gradatamente si fa *bubboncele* fino all' *oscheocele*. Mentre il viscere si avanza l' arteria rimane in dentro ed il cordone spermatico in dentro ed indietro.

Le dirette scendono direttamente nello scroto ed urtando il viscere in un punto del canale sollevano il pilastro interno e non tendono a portarsi nelle borse per quanto lo vorrebbero fare in avanti. Quest' ernia ha un peduncolo corto e non esteso a tutto il canale inguinale, si trat-

tiene molto tempo in vicinanza dell' orifizio esterno sotto forma globosa ed assai sporgente in confronto del suo volume e tiene il cordone in 'fuori e l' arteria epigastrica ancora. Questi segni permettono la diagnosi differenziale tra l' ernie dirette e le esterne tanto necessaria, quando il chirurgo si trova di fronte ad uno strozzamento, che deve operare con sollecitudine. Però non si pensi, che ciò sia sempre possibile, poichè antiche voluminose ernie sogliono portare tale sparpagliamento di tessuti, che tutte le disposizioni anatomiche son perdute.

Vi è ernia inguinale congenita? Alcuni dicono di sì. Può in vero il canale, per dove sortisce il testicolo, non chiudersi ed allora è possibile un' ernia che sarà della vaginale o *testicolare* anzichè congenita; se il canale si sia nel suo mezzo obliterato l' ulteriore discesa del viscere erniato sarebbe inibita ed avremmo la così detta *funicolare*. Anche nella donna può il canale di Nuck rimaner pervio e darci un ernia congenita.

Anatomia. Si trova cute, fascia superficiale, certi pilastri dell' anello, il cremastere, il sacco e poi il contenuto; ma noi citammo casi, nei quali tutti questi rapporti ponno andar perduti. Il contenuto più ordinario è il tenue intestino, benchè vi si possa trovare l' epiploon ed anche il cieco, il 1° a sinistra per ragione di maggior lunghezza in questo lato, il 2° a destra per cagione di prossimità.

Diagnosi. I caratteri generali la dicono ernia, la sede la determina come inguinale; in genere tutte le ernie situate sul ponte crurale e quindi su di una linea; che dalla spina iliaca antero-superiore va alla spina del pube, sono inguinali. Le fasi dell' ernia inguinale sono le stesse che per le altre, chi intanto opera lo strozzamento? Alcuni rispondono il coltello, e questo non va, essendovi ernie strozzate nella loro istantanea evoluzione e quando adunque il coltello non può farlo. Noi diremo che lo strozzamento primitivo è fatto dall' anello e dal colletto, il consecutivo o per flogosi dall' anello piucchè dal colletto.

Per le cause, divenire, cura ec. vale lo stesso, che per le ernie in genere si è detto e qui dobbiamo aggiungere, che l' ernia in parola è più frequente nell' uomo che nella donna e più nel lato destro che nel sinistro: a spiegare il 1° fatto s' invocò la strettezza e lunghezza maggiore del canale nella donna, a spiegare il 2° se ne inventarono

delle assai curiose, che qui non fa bisogno l'annoverare.

Dopo tutto ciò, sarà necessario dire, che negli sbrigliamenti, per incarcerazioni le incisioni si faranno in dentro o in fuori secondochè di diretta o di obliqua si tratti?

TESI 34 — Ernia crurale

I colleghi ricordano certamente le due porzioni, in cui lo spazio dell' arcata crurale resta diviso dalla bandeletta ileo-pettinea; or lasciando l' esterna occupata interamento dal muscolo psoas-iliaco, volgano la mente alla interna. In questa, l' arteria in fuori e la vena al suo lato interno non la riempendo tutta, resta uno spazio, la di cui chiusura incompletamente fatta dal ligamento di Gimbernat viene completata e rafforzata dalla fascia trasversale, cellularo sotto-peritoneale e peritoneo, che vi s' affossa; al di fuori vi si porta la fascia lata, che rimanendo perforata da linfatici porta il nome di *cribriforme*. Per lo spazio compreso tra il legamento di Gimbernat e la guaina dei vasi, *canale crurale*, l' ernia si attua con questo meccanismo: le viscera s' impegnano nella fossetta peritoneale e forzano la fascia trasversa, *punto d' ernia*, oltrepassano dipoi il canale da dietro innanzi ed un poco obliquamente d'alto in basso e vengono a costituirsi in quello spazio ovale, cho percorso dai vasi crurali sta tra la fascia lata e la guaina del muscolo pettineo, *ernia interstiziale*, in ultimo penetrano uno od anche più dei fori della cribriforme e l'ernia diviene *completa*. Fattasi compiuta l' ernia si sviluppa ed il tumore è costretto per la compressione a tacca e per l' ostacolo da parte della coscia a piegarsi in sopra risalendo sino a livello ed anche al di sopra del ligamento di Falloppio e formando così un' angolo con la porzione rimasta nel canale crurale. Nel contempo la forma del tumore alterata ed invece di essere allungata d' alto in basso si sviluppa in senso trasverso.

L' ernia crurale così formata è la più frequente o dico così, poichè altri parlano di ernia cruralo media ed esterna, delle quali la 1ª si formerebbe per lo spazio *artero-venoso* e la 2ª per lo *arterioso* compreso tra l' arteria e la bandeletta ileo-pettinea.

Anatomia. Cute, fascia superficiale, fascia cribriforme, la quale manca, se l' ernia è completa, fascia trasversa o setto crurale, cellulare sottoperitoneale e sacco erniario.

L'ernia tiene superiormente il canale inguinale, in basso il pube, in dentro il ligamento di Gimbernat, in fuori i vasi crurali, in alto ed in fuori l'epigastrica; dunque negli strozzamenti lo sbrigliamento si deve fare allo interno, benchè in certi casi vi si trovasse l'otturatrice provveniente dalla crurale e non dalla ipogastrica.

Diagnosi. L'ernia crurale si distingue dalla inguinale per la forma, per la sede trovandosi sotto l'arcata crurale ed inoltre per molteplici sporgenze, che solo essa può presentare. Si differenzia dai bubboni e dagli ascessi per migrazione, non essendovi in questi nessun carattere di ernia, mentre i segni proprii vi si trovan tutti; però certe volte bubboni associati a vomito traggono in inganno i più sperimentati, essendo lo scambio con epiplocele infiammato molto facile.

Etiologia. Le cause sono le istesse, che in altre ernie, benchè sieno più frequenti nelle donne forse per la forma del bacino, forse per la gravidanza o anche meglio per motivi ignoti. Le complicanze non hanno nulla di speciale, che nelle ernie in genere non si sia studiato, salvo la rapidità dello strozzamento, il quale vien fatto dall'anello crurale o dai fori della fascia cribriforme e richiede pronto soccorso dalla chirurgia efficace.

Cura. Per la brevità del collaretto sperare soltanto una cura radicale sarebbe utopia, la palliativa è solamente possibile e siamo sempre al ridurre e mantener ridotta l'ernia con cinti opportuni, che saranno piuttosto stretti per non impedire i movimenti della coscia. Il taxis si farà a posizione supina ed a cosce flesse, ruotate in dentro e leggermente abdotte onde avere il rilasciamento della fascia lata.

TESI 53 — Ernia ombelicale

Colla caduta del cordone ombelicale resta un nodo cicatriziale, che è formato da congiuntivo molto aderente al peritoneo ed ai vasi, che fanno una specie di fitte corde.

Abbiamo tre specie di ernia ombelicale.

1ª *Congenita.* Si presenta appena nato il bambino un tumore conico a larga base sulla superficie addominale e coll'apice che si continua nel cordone ombelicale. Caduto il cordone i visceri erniati ponno rimanere in contatto dell'aria con la morte del neonato, ma può rimanere e ri-

mane ordinariamente la cicatrice. Questi tumori erniosi sono a pelle liscia e levigata, trasparente verso l'estremo acuminato da farci vedere gli organi spostati ed i movimenti vernicolari dell'intestino ancora, sono inoltre spesso trilobati per avvallamenti corrispondenti ai vasi del cordone. Scarpa vuole che la causa di questi spostamenti sia il non potersi allogare l'intestino nella cavità addominale, spesso però sono degl' incompleti sviluppi delle pareti addominali ed allora i tumori ponno mostrarsi enormi. Il contenuto è il tenue, può esser il colon trasverso, porzione di stomaco, l'epate ec.; il sacco è fatto nella sua porzione più interna del peritoneo, l'inviluppo esterno all'apice del cordone, alla base della cute.

Prognosi. Non è tanto grave, benchè però si debba uniformare alla grandezza del tumore, al viscere spostato ec.

Cura. Si sidurrà e farà la ligatura, se il cordone è già caduto ragion vuole che si adoprasse la compressione, benchè la ligatura sia stata adoprata con diversi risultati.

2ª L' ernia dell' *infanzia* si distingue dalla precedente pel tempo, in cui si compie, ma sempre si fa pel medesimo foro, perchè la cicatrice non è forte abbastanza da resistere agli sforzi interni possibili. Quest' ernia presenta un tumore piuttosto cilindrico trilobato per la vena al di sopra e le due arterie al disotto. I dati anatomici sono gli stessi che nell' antecedente. Però qui molte alterazioni possono intervenire, che in quella non avvengono, poichè non potendosi vincere o ridurre, facilmente aderenze ulcerazioni, strozzamenti, cangrene ponno accadere con formazioni di ani contro natura assai ribelli. La prognosi quindi, che sarebbe identica, diviene più grave.

Cura. Il compressore conico non è commendevole perchè allarga anzichè restringere il foro ed impedisce quindi la cura radicale cioè la strettura del medesimo; meglio è quindi adoprare il piano-convesso. Però tolto questo l' ernia recidiva facilmente, onde volendosi si farà la cura radicale o con la ligatura del sacco o coi compressori laterali che si stringono mano mano per avere la chiusura dell' anello.

3ª Degli *adulti.* A questa non volevano credere gl' antichi e s' ingannavano in grosso; perchè il foro ombelicale si può slargare, smagliare e questo smagliamento permettere lo spostamento d' un viscere, che d' ordinario sarà

l'epiploon, il tenue, il colon trasverso ec. Quest' ernia si sviluppa assai lentamente, tende pel suo peso a scendere in basso e può arrivare ad enormi volumi. È inoltre rotonda o piriforme e sita di lato alla cicatrice ombelicale. Gl' inviluppi dei visceri erniati sono il sacco, la fascia trasversa, la superficiale e la cute; però le due fasce ponno mancare, perchè smagliate ancor esse.

Per la diagnosi, cause e fasi dell' ernia in parola niente vi è di speciale, che nelle generalità non sia stato mentovato.

Prognosi. È più grave che nelle altre ernie pei disturbi viscerali molto frequenti, per il suo difficile contenimento e perchè la sua operazione è gravissima.

Cura. Si ridurrà e manterrà con cinti opportuni.

Dovendosi fare l'erniotomia gli sbrigliamenti saranno fatti in alto ed a sinistra per evitare la vena ombelicale, che alcune volte non è obliterata.

TESI 65 — ANGIOMI

Le angectasie, teleangectasie o tumori erettili degli antichi sono i nostri *angiomi* o *angionomi*, i quali risultano di vasi capillari sanguigni sia venosi, sia arteriosi o gl' uni e gli altri insieme, dilatati o neoformati. Troverete quindi angiomi *arteriosi*, angiomi *venosi*, angiomi *misti*, quelli a vasi dilatati, quelli a vasi neoformati. Non crediate però che negli arteriosi si tratti di soli capillari arteriosi e nei venosi di soli capillari venosi, unicità non si trova giammai, ma solamente predominio dei primi o dei secondi, e se questi si equilibrano abbiamo i così detti *angiomi misti*.

Gli angiomi arteriosi non sono solamente cutanei, come pretende il Berard, si ponno trovare altrove ed in tre periodi diversi. 1° Troveremo una macchia, p. es. al viso, alle labbra ec. più o meno estesa e detta ancora *neo materno*, la di cui origine fu attribuita a voglie delle madri ed a mille altre utopie. La macchia è di color rosso più o meno carico fino al fosco, non è rilevata sulla superficie del corpo e perciò non è tumore ed imbianchisce alla pressione benchè non sempre, poichè spesso la parte cromatica del sangue imbeve i tessuti. 2° Arrivato il secondo periodo comincia il *tumeo*, nasce un tumore con l'istesso colorito, a superficie liscia quantunque la palpazione ri-

scontri dei lobicini dovuti ad anse conglomerate o a dilatazioni diverse dei capillari. Potrete comprimerlo e ridurlo anche un poco, ma non scomparisce. Questo tumore inoltre pulsa sincronamente al cuore, fa sentire un fremito particolare e simile a quello dell'acqua bollente, essendo logico, che tutti quelli andirivieni dei suoi vasi debbano produrre remora ed attrito maggiore del sangue. Il volume di questo tumore infine è diverso, diversa ancora la forma, potendo essere peduncolato o sessile. 3° Se l'intumescenza non si fa stazionaria od accidentalità non siano avvenute, che la menino a guarigione, viene il terzo periodo, il tumore cresce ancora di più ed o per la distensione o per le difficoltà circolatorie forti stimoli intervengono, che possono infiammarlo, ulcerarlo ec. con conseguenza in emorragie, che però non daranno mai sangue così rosso e rutilante, come per le solite emorragie arteriose, forse per la remora del sangue stesso. È per questa ragione ancora, che il colore degli angiomi arteriosi può non esser veramente rosso ed avvicinarsi a quello dei venosi.

Se trovate un tumore di colore più carico o fosco nel vero senso della parola, senza pulsazioni, senza fremito, depressibile fino a scomparire per le maggiori anastomosi nelle vene, spongioso e quasi fluttuante: in questo caso voi direte, che vi è predominio di vasi venosi. Comprimete i vasi al di quà del tumore e lo vedrete crescere e farsi di colore assai più carico, così interviene pure nell'atto della tosse, dei premiti ec. mentre negli angiomi arteriosi l'accrescimento si può avere facendo la compressione al di là del tumore, ciocchè non dee far meraviglia e non la farà, se rivolgesi la mente alla direzione centripeta e centrifuga delle correnti sanguigne.

Anatomia. La s'intende, troverete vasi dilatati ampollari o cilindroidi, flessuosi inestricati con il solito stroma congiuntivale, che qualche volta troverete grassosamente degenerato. Negli arteriosi si ha la pulsazione, bene sappiate che questa scava i tessuti e può loro formare luogo bastevole nei muscoli nella ossa ec.

Cause. Sono quelle di altri tumori cioè probabilità, immaginazione ec., positive come per gli aneurismi e varici non rinverrete giammai.

Prognosi. I tumori erettili non sono dolenti e solo alcuni voluminosi e pendenti da certe sedi ponno produrre noia e fastidio, però i nervi in altri casi ne restano compressi e stimolati. Il prognostico adunque non è grave per fatti subbiettivi e se lo è dipende da certe sedi e specialmente inaccessibili. dall' evoluzione del tumore e da certi accidenti possibili, come emorragie, le quali sono più gravi negli angiomi arteriosi che nei venosi.

Terapia. Si fa forse con rimedii interni, mèdele ec.? Affatto. La sola chirurgia cura questo morbo e siccome o l' infermo pericola o l' angioma recidiva, così una miriade di mezzi operativi è stata messa in campo con tre speciali indicazioni: 1° distruggere direttamente; 2ª atrofiare; 3ª indurre nel tumore un processo distruttivo, *distruzione indiretta.*

1ª Anche Pareo estirpava i piccoli angiomi e dichiarava incurabili i grossi, ai quali Dano mise mano con esito in gravi emorragie. Potrebbesi ancora asportare il tumore con la sua sede e quindi disarticolare un dito, amputare anche una gamba inservibile per un grossissimo angioma, asportare un labbro; ma lo fareste in tutte le parti? Pareo adoprò ancora l' allacciatura e questa fatta sottocutanea porta buoni risultati e massime nei peduncolati, verrà il cangrenismo ed il distacco: oggi sotto quest' aspetto si può adoprare ancora lo schiacciamento lineare. Si adoprano ancora i caustici e voi anzichè il ferro rovente, che dà escara facilmente staccabile, userete la pasta di Vienna di Canquoin ec., altri si servon di setoni coverti di cloruro di zinco, ma sono metodi lunghi e pericolosi ancora.

2ª Sotto questo aspetto adoprerete il ghiaccio, gli astringenti e specialmente la compressione, con la quale però non vi spingete fino alle suggellazioni. Altri adoprano la compressione per impedire l' arrivo del sangue nel tumore e ciò si ottiene ancora con l' allacciatura dei rami afferenti ed in certi casi sarà permesso allacciare arterie anche voluminose, come le carotidi per un' angioma dell' occhio, che faccia pericolare l' infermo.

3ª I mezzi distruttivi molte volte accidentali, come cangrenismo ec. han guarito l' angioma e per questo certuni si spingono ad inoculare la cangrena nosocomiale; però,

finchè si tratti di polposa, sta bene, ma noi abbiamo anche la ulcerosa e questa intendete quanti pericoli possa apportare ; altri inoculano il vaccino, che certamente vale zero nei grossi angiomi. Finalmente si usa iniettare percloruro di ferro, cloruro di calcio ec., per indurre nel tumore una flogosi distruttiva, che spesso non interviene ed il risultato è nullo.

TESI 13 — Idrocele

Lo *idrocele* inteso nel vero senso della parola significa raccolta sierosa nella tunica vaginale : va distinto in *semplice* e *doppio* secondochè trovasi in uno od ambidue i lati, in *congenito* ed *acquisito*.

1° *Acquisito*. Si sviluppa dietro cagioni, che valgono a produrre una infiammazione cronica della vaginale ; però in alcuni casi sembra che ciò non sia. In effetti la compressione sul cordone spermatico per cinti erniarii ec. talora induce idrocele invece di varicocele : era per questo, che noi nella tesi delle varici in generale dicevamo non esser la causa ultima di queste l' impedimento al deflusso sanguigno ; poichè se così fosse ovunque e sempre dovremmo avere il medesimo effetto.

Sintomi. Si presenta come tumore piriforme, trasparente, fluttuante, indolente ed a cute liscia, distesa e levigata, La base della pera corrisponde allo scroto e l' apice sta diretto verso l' orificio esterno del canale inguinale, nel quale non si continua affatto e voi lo constaterete prendendo a piena mano il tumore e cercando con la pressione di cacciarlo nel medesimo ; allora anzichè avvenir ciò l' apice del tumore diverrà molto più prominente. Inoltre non diminuisce con la posizione ed è scompagnato da perturbamento delle funzioni digerenti. Mettendo nell' oscuro un lume dietro il tumore l' osserverete trasparente salvo quei punti dove corrisponde il teste ; però questo sintoma può mancare per fatti intervenuti o nella vaginale o nel liquido contenuto. La vaginale trovasi ordinariamente inalterata , altre volte è invasa da iperplasia onde diviene assai ispessita, scabra e perfino calcificata od ossificata: il contenuto, che ordinariamente è giallo-pallido può divenire assai ricco di cellule epiteliali, può farsi bru-

no ec. Finalmente la palpazione talora riscontra il tumore bernoccoluto forse per ernia della vaginale attraverso la tunica fibrosa; e la compressione forte genera dolore come se venisse compresso il teste, che nell'idrocele trovasi più frequentemente a parte posteriore.

Decorso ed esiti. Il decorso è lento e lasciato a se medesimo può arrivare a grossi volumi: la prognosi è quindi lieve, benchè durasse indefinitamente ed in certi stadii deformasse così l'asta da inutilizzarla. Fra gli esiti non abbiamo che l'aumento crescente della raccolta e la facile atrofia del teste.

2° *Congenito.* Suppone la non obliterazinne del processo vaginale del peritoneo, che quindi resta in comunicazione con la vaginale. S'incontra nei fanciulli ed ha tutti i caratteri dell'idrocele salvo due specialità — *a*) il limite superiore del tumore non è distinto e riciso — *b*) la pressione lo annulla facendo passare il liquido nell'addome e la posizione supina lo fa diminuire.

Diagnosi. È facile salvo alcuni casi, che sono del resto sempre determinati dai fatti enunciati, ai quali aggiungeremo il peso specifico, che in talune evenienze offre buon criterio per distinguere lo idrocele da tumori di altra natura.

Cura. Nell'acquisito si fa cura palliativa colla punzione seguita da fuoriuscita della raccolta: la cura radicale viene eseguita dalla punzione ed iniezione di tintura iodica nella vaginale in cui avverrà una flogosi con sussecutiva aderenza delle sue lamine. Questa pratica nel congenito potrebbe svegliare una peritonite pel passaggio del liquido nel peritoneo: noi vogliamo obliterare il processo vaginale e ciò si ottiene mediante una fasciatura comprimente sul canale inguinale.

TESI 70 — Fistole urinarie

Diremo prima di alcune generalità, che quantunque estranee al quesito pur lo rischiarano e ne permettono la più ampia intelligenza.

Il concetto di fistola nel suo clinico significato più ristretto denota *una scontinuità suppurante ed ulcerosa sempre tubolare o canaliculata traversata da certe materie, che non sono solamente della piaga e dell'ulcera.*

Quando il tragitto attraversi solo congiuntivo senza interessare in nessun conto qualche naturale cavità, serbatoio, canale escretore od organo secretore, e poniamo vada ad un focolaio qualunque di suppurazione, esso per noi è *seno fistoloso*, *piaga* od *ulcera canaliculata* e non fistola. La fistola adunque acquista la sua entità dal passaggio di certe materie.

Osservate inoltre, che la fistola ora procede da ferita, p. es., del dotto di Stenono ed ora da snppurazione od ulcera; però se questo è per genesi, per decorso è ulcera canaliculata. La evoluzione dunque della fistola è la stessa della piaga od ulcera con la necessaria condizione di una materia, che vi passa. È per questo che la fistola contiene in sè cronicità e dura finchè questa materia attraversandola ne impedisce la cicatrice. In altri termini, la fistola ora come piaga cicatrizza se si ritolga il tragitto di secreti od escreti, ora come ulcera procede e con quella medesima condizione torna a piaga per cicatrizzare. In ultimo le distinzioni di fistole *compiute* ed *incompiute*, di *cieche-esterne* o *cieche-interne* s' intendon facilmente.

Venendo ora alle *fistole urinarie* diciamo, che esse portano questo nome pel materiale cui danno passaggio. Vanno divise in congenite ed acquisite, le quali sono più frequenti e di maggiore importanza.

Le fistole ombelicali poggiano sul fatto congenito dell' apertura dell' uraco e furono osservate per traumi, sforzi ec. Si osservarono pure qualche volta all' ipogastrio per ferite, ascessi ec.; all' inguine per cistoceli dietro apertura prodotta o da accidenti o da mano chirurgica ignorante; per le lombari riscontrate l' ascesso perirenale.

Fistole dell' uomo. Studieremo qui le *vescicali* e le *uretrali*.

1ª *Vescicali*, Queste si aprono o nel retto o nel perinèo; le *vescico-rettali* sono più frequenti e si osservano per cancro, flogosi ed ascessi perirettali, ulcerazioni da calcoli, per ulcere rettali da qualunque cagione ec. le *vescico-perineali* sono più rare e seguono specialmente il taglio della pietra, gli ascessi ec.

Sintomi. Poichè il basso fondo della vescica è in relazione col retto e col perineo, l' urina tutta uscirà per l' apertura fistolosa appena versata dagli ureteri ondo lo sco-

lo è continuo. La diagnosi è dunque facile, benchè la *prognosi* sia gravo per gli accidenti in gravi proctiti o cistiti, che si ponno sviluppare dietro versamento di feci in vescica. Inoltre per la natura loro stessa sono ribelli e spesso del tutto incurabili.

2ª *Uretrali.* Queste possono aprirsi nel retto, perineo, scroto e sulla superficie del pene stesso — *a*) Le *uretro-rettali* si hanno per ascessi prostatici stercoracei ec.; sono un po' raro — *b*) Le *uretro-perineali* sono più frequenti e si hanno per ascessi urinosi, ferite ec., esse possono trovarsi sul di dietro dello scroto ed in tutt' i punti del perineo con una o molteplici aperture, dalle quali partono altrettanti tragitti che ordinariamente convergono in un punto — *c*) Le *uretropeniene* sono congenite ed acquisite. 1° *Congenite* — a) *Epispadia.* È caratterizzata dall' apertura dell' uretra sul dorso del pene; essa ora è circolare e l' uretra è più o meno conservata nella sua estensione; ora raffigura un solco tra i corpi cavernosi o può trovarsi il ghiande biforcato o estendersi il solco fino alla vescica onde mancanza del suo collo ed incontinenza. b) *Ipospadia.* Consiste nell' aprirsi dell' uretra sulla faccia inferiore del peno e ciò può succedere o in corrispondenza della fossetta navicularo sotto del ghiando o tra questo e lo scroto o a livello di questo ed in vicinanza del perineo; in questo caso l' uretra quasi manca e viene a trovarsi un' apertura a mo' di vulva. In molti casi l'uretra si prolunga fino al ghiande e quindi può terminare a cul di sacco o aprirsi sul medesimo — 2° *Acquisite.* Queste si hanno per ulcere o ferite in qualunque modo operate dall' uretra: raro è, che succedano a restringimenti. Si trovano sulla faccia inferiore del pene in tutt' i punti dallo scroto fino al ghiande con aperture ora strette e circolari ora allungate ed estese.

Sintomi. Le fistole uretrali si distinguono da tutte le altre perchè lo scolo delle urine non è continuo, ma avviene solo nell' atto della minzione. Avrete quindi urina che esce mista a gas e feci pel retto, a sperma pel pene ec. Succede ciò anche nello congenite; in queste le funzioni urinarie si compiono assai beno, salvo però le complicanze con esito in incontinenza, come abbiamo accennato.

Prognosi. È sempre grave, però cangiasi secondo le diverse circostanze. Così nell'epispadia con apertura a solco esteso fino alla vescica, nell'ipospadia al di là dello scroto la chirurgia è impotente, come ne diviene talora nelle peniene per le callosità dei bordi fistolosi e per la direzione perpendicolare del tragitto. La prognosi in somma è grave, perchè la guarigione in tutte è difficile ed in alcune impossibile.

Fistole della donna. In queste si devono studiare le vescico-uterine, le vescico-vaginali, le vescico-utero-vaginali, e le uretro-vaginali. 1° Le *vescico-uterine* si hanno per parti laboriosi, per cattive manovre ostetriche ec. L'urina esce per la vagina e nessun bisogno vi è di urinare. Lo scolo è continuo ma altre volte è intermittente sia per la direzione e lume della fistola sia per il suo livello. 2° Le *vescico-vaginali* si generano per le stesse cause ed essendo più basse lo scolo è continuo. 3° Le *vescico-vagino-uterine* sono una combinazione delle medesime. 4° Le *uretro-vaginali* si hanno per le stesse cagioni e massime per ulcerazioni. Si trovano all'ingresso della vagina e l'urina vi scorre nel solo atto della minzione.

Diagnosi. La diagnosi di queste fistole è facile però la differenziale si basa sull'osservazione diretta; adunque dovete procedere all'esame con lo *speculum*. Introdotto lo speculum si vede che l'urina viene, p. es., dal muso di tinca, che la vagina è solo arrossita, tumefatta e più o meno escoriata. Le inferme emettono un fetore talora intollerabile, ai peli dei loro genitali hanno sali calcarei precipitati ec. In fine vi dovete giovare dello scolo delle urine e delle diverse maniere, colle quali si effettuisce. Potete inoltre nei casi oscuri fare iniezioni innocenti e colorate in vescica per vedere poi d'onde sortiscono ec.

Prognosi ed esiti. Quando i lumi fistolosi sieno stretti, attività formativa non manchi e l'uscita dell'urina attraverso la fistola non sia continuo o si possa di leggieri impedire con l'arte la cura è sempre possibile, anzi talora la si è veduta venire spontaneamente. In contrario i chirurgi rimarranno dopo mille sforzi con le pive in tasca e le inferme saranno destinate a vivere una vita piena di sofferenze e luridume.

Cura. In genere ogni fistola urinosa richiede in primo

luogo che l' urina non passi più per la fistola e se questo non si arriva ad ottenere il chirurgo non può fare che cura palliativa, la quale in fin dei conti dice nettezza e null' altro. Adunque bisogna mettere catetere a permanenza e fatto questo vi dirigerete a riunire i margini della scontinuità. Raggiungere questo scopo è ora facile ora difficile ed ora impossibile sia perchè l' urina continui a gocciolare pel tragitto fistoloso, sia per ragion di sede, di tessuti, di alterazioni locali ec. Per soddisfare a questa seconda indicazione si sono inventati moltissimi metodi operatorii, che poi si riducono alla *cauterizzazione delle margini*, al *recentamento e riunione con satura, all' autoplastia* ec. Questi metodi in singoli casi hanno date guarigioni inaspettate delle fistole più gravi e certamente sono state delle eccezioni, poichè è cosa ordinaria l' incurabilità delle fistole vescico-uterine e vaginali, delle vescico-rettali e perineali ec. Se questo è in tali fistole, quelle che hanno capo nell' uretra sono in condizioni inverse. In queste cogli stessi metodi gl' infermi vanno ordinariamente a guarigione salvo certe complicanze nei singoli casi, anzi in molti individui è bastata la sola sonda a permanenza, come specialmente si verifica nelle uretro-peniene a stretto lume ec.

TESI 4 — PANERECCIO E FLEMMONE DELLA MANO

Abbiamo tre specie di panerecci.

1° *Eresipelatoso, vescicolare, flittenoide* ec. Questo patereccio si mostra nell' una e nell' altra faccia delle dita ma per lo più a parte dorsale o nelle laterali dietro punture, pipite strappate, traumi sull' unghia ec. Comincia con un molesto prurito nella parte che diviene rossa e gonfia: quivi poi sorge una vescichetta piena di un umore torbido, la quale scoppia e versa il suo contenuto mentre l'epidermide si desquama. Alcune volte questi fatti interessano l' unghia, sotto la quale si raccoglie il siero-pus, allora i dolori si fanno vivissimi, febbre può associarsi finchè l' unghia stessa talora non venga talmente minata da distaccarsi. Questo distacco, se si dà uscita al pus, non avviene per l' ordinario.

2° *Flemmone delle dita*, *panereccio flemmonoso* ec. Si

mostra nelle parti laterali e palmare delle falangette ma può aversi anche nelle altre falangi. Comincia con rossore e dolore vivo nella parte che si gonfia assai ed il gonfiore si diffonde alla parte dorsale. I dolori si fanno più forti e pulsativi, accade febbre intensa, cefalea ec. Bentosto si ha la fluttuazione, la pelle nei punti più teneri si apre e ne plora pus. Questo panereccio può rendersi tendineo per diffusione di processo. Talora però la flogosi si limita alla spessezza del derma, si ha tumefazione circoscritta, rosso-violacea, dolente, con alcuni punti più salienti ec. La flogosi a decorso lento, l'epidermide si screpola e fa vedere dei cenci necrotici come nel furuncolo ec.: questo panereccio porta perciò il nome di *antracoide.*

3° *Panereccio tendineo, profondo* ec. Si stabilisce ordinariamente nella 1ª e 2ª falange a parte palmare. Stabilitasi una flogosi nella guaina del tendine si trova un turgore corrispondente a questo con dolore vivissimo e perterebrante, le dita rimangon flesse e l'ammalato non può estenderle senza soffrirne di molto. Questo panereccio risolve in varii casi, in altri il processo si estende al tendine e questo ne resta mortificato, in altri poi la suppurazione scovre le ossa e si ha carie o necrosi delle medesime, ciocchè alcuni dicono *patereccio periosteo.* Si hanno infine casi di guarigione incompleta, nei quali formandosi aderenza fra guaina e tendine si avrà rigidezza nel dito.

Esiti e prognosi. Il più frequente è la suppurazione. Il pus nel flemmonoso specialmente può fare infiltrazioni corrompersi e dare piemia; altre volte si hanno gravi diffusioni di processo, ed in altre ancora gl'infermi cadono in disperazione pei dolori e si troncano il dito affetto. La prognosi varia per la specie delle affezioni in parola e per gli esiti.

Terapia. La terapia del patereccio varia secondo la sede ed il periodo nonchè per diverse altre condizioni, a cui possono menare gli esiti. Se si tratta, p. es., di panereccio eresipelaceo, questo è lieve, e però accorrendo in primo tempo si pungerà la vescichetta, si applicherà qualche cataplasma ammolliente tenendo il dito a riposo; e se il pus formatosi si fosse insinuato sotto l'unghia, si raschierà questa assottigliandola a modo da poterla pungere e dare esito alla marcia.

Nel patereccio flemmonoso poi è da raccomandarsi qualche antiflogistico, e tener immobilizzata la mano; ma ciò non è tutto, poichè ricordando che questo può diffondersi o rendersi tendineo con i summenzionati esiti, è buono incidere a crudo pria che la suppurazione fosse manifesta, badando che la incisione deve farsi, trattandosi di flemmone alla regione palmare, tra il tendine e l'arteria che scorre lateralmente al dito, onde questa non resti incisa, e quello scoverto.

Facendoci ora al patereccio tendineo, se esso è semplice non si farà niente, se poi è più grave si attenderà la suppurazione e questa avvenuta si inciderà avendo sempre di mira di risparmiar per quanto più è possibile il tendine dal contatto dell'aria. Ed ove mai la cangrena o fenomeni di piemia ne minacciassero, allora senza riguardi si inciderà anche prematuramente recidendo in 2.° tempo il tendine necrosato, e poscia con i bagni, gli antisettici, i tonici internamente ec. si farà la cura consecutiva fino alla disarticolazione delle dita in caso che la vita fosse posta in pericolo.

Flemmone della mano. Anche alla mano possono determinarsi i flemmoni, e questi possono occupare la faccia dorsale o la palmare. Il flemmone della faccia dorsale è più raro di quello della faccia palmare. Può essere superficiale o profondo e non presenta alcuna differenza dagli altri flemmoni. Formatosi l'ascesso, questo ha poca pendenza ad estendersi nei tessuti vicini, e sia esso sottocutaneo o sottoaponevrotico attraversa facilmente la pelle ed anche l'aponevrosi e si apre all'esterno. La cura di questo non offre alcuna particolarità.

Alquanto più serio senza dubbio è il flemmone della palma della mano il quale ancor esso può essere sottocutaneo o sottoaponevrotico. Nel 1° a principio gl'infermi si dolgono di un dolore forte alla palma della mano propagantesi all'antibraccio; si osserva la pelle più o meno rossa, poca gonfiezza, e l'estensione delle dita molto difficile. Dopo alcun giorno l'infiammazione guadagna rapidamente gli spazii interdigitali e la faccia dorsale della mano, il dolore si fa più forte cresce il gonfiore ed il rossore, ed infine comparisce la marcia che raccolta perfora il derma e forma sotto l'epidermide, una flittene piena di marcia chia-

mata da Velpeau *ascesso a bottone di camicia.* Altre volte la flogosi si diffonde al tessuto areolare sottoponovrotico e si ha il flemmone profondo. Nel 2° il dolore è più forte anzi fortissimo, le dita rimangono flesse e non possono esser distese, il gonfiore ed il rossore sono appena valutabili e solo si avverte che sono scomparse le depressioni della palma della mano. Si manifestano fenomeni generali alquanto intensi, febbre, cefalea, insonnio, delirio ecc.

Decorso ed esiti. Il corso di questa malattia è rapido il più delle volte: gli esiti possono essere la diffusione della flogosi alle borse sinoviano e l'infiltrazione della marcia con distruzione de'tendini, necrosi delle ossa e financo cangrena.

Etiologia. Il flemmone superficiale si osserva in genere negl'individui che si danno a lavori manuali; si determina alle volte in seguito ad una escoriazione, ad una puntura ad un patereccio con diffusione della flogosi ec. Il profondo si sviluppa sotto le influenze delle stesse cause comuni alle altre flogosi, ferite, contusioni, punture, diffusione di processo ec.

Cura. In principio antiflogistici, bagni, mignatte e posizione fissa ed elevata della mano con unzioni alla pomata mercuriale; comparsa la marcia s'inciderà, e se il flemmone è profondo si presterà attenzione all'arcata palmare arteriosa. Se esistessero indizii di strozzamento le incisioni premature sono utilissime. Dopo ciò il chirurgo si occuperà di prevenire la retrazione permanente delle dita.

TESI 7 — Flemmone ed ascesso perineale e dell'ano

Si è parlato abbastanza di flemmoni ed ascessi, e come nelle altre regioni, nel perineo e nell'ano si possono determinare flemmoni seguiti da ascessi per le cagioni comuni di flemmoni, cioè traumi, strofinio delle vesti, taglio dei peli, secrezioni irritanti ec.

Le note del flemmone perineale e dell'ano sono quelle già mille volte ripetute per tutte le flogosi acute, e solo qui è da notare che è dolorosa la deambulazione, nonchè l'equitazione e lo star seduto, e se si tratta di flemmone perianale si ha tenesmo e anche talvolta stranguria. Formatisi gli ascessi per la spessezza e resistenza della cute,

la marcia difficilmente si versa al di fuori, ma s' infiltra producendo estesi scollamenti negli organi vicini, onde la prognosi n' è sempre riservata: oltre a questo la vicinanza cogli òrgani escretori dell' urina e delle feci fa temere molto per le infiltrazioni orinose, e per le fistole stercoracee ed urinose.

Cura. Nel voler curare quindi egli è da por mente a questi dati, e dopo gli antiflogistici e l' applicazione di cataplasmi, non dimenticando il riposo e la pulizia, si dia pronto esito alle marce, incidendo anche a crudo per prevenire l' infiltrazione del pus: ma se questa fosse avvenuta e scollamenti e fistole si fossero determinate, allora noi ci regoleremo secondo le speciali circostanze.

FINE

APPENDICE ALLE TESI
DI
PATOLOGIA CHIRURGICA
DELL' ANNO 1868-69

TESI 14.ª — Cancrena spontanea

Definizione. Fra le diverse cause che dan luogo a cancrena, bisogna certamente annoverare la *mancanza completa di afflusso del sangue arterioso*, che succede ordinariamente per morbi cardiaci e delle arterie. Or al processo cancrenoso che succede dietro tali cause, si è dato dai patologi il nome di *cancrena spontanea* o *senile*, per indicare che spontaneamente e nei vecchi spesso tal morbo si verifica.

Etiologia. Questa cancrena di cui ci occupiamo, può nascere per diverse cagioni, tra le quali bisogna ritenere come principali: 1.° un'anemia avanzata e permanente, che produce un'indebolimento dell'eccitazione che il sistema centrale nervoso esercita sul cuore, sicchè le contrazioni di questo divengono molto incomplete, e non trasmettono regolarmente il loro impulso al circolo arterioso capillare, che non può quindi ben funzionare; 2° la coagulazione del sangue nei capillari, sia per *trombosi marastica* dipendente da debolezza cardiaca o insufficienza funzionale delle minime arterie, sia per *trombosi auctoctona* che si propaga al tronco

principale arterioso, o sia finalmente per *trombosi* dipendente da embolismo. A due quindi come or ora si è detto si possono ridurre le cagioni produttrici della gangrena spontanea, all'anemia avanzata (cosa per altro molto rara) e alla trombosi auctoctona ed embolica, le quali in diverso modo agendo danno in ultimo risnltato il morbo in parola.

Sintomi. La cancrena spontanea presenta diversi sintomi a secondo delle cause che la producono, e della forma *secca* od *umida* con la quale si presenta. Giacchè nel primo caso osservasi nella cute di un dito del piede, che suole a preferenza prediligere, una macchia di colorito grigio-nerastro, che può arrivare fino al violetto oscuro, o anche rendersi perfettamente nero, e che si estende a poco a poco, fino a che invade e dissecca l'intero dito, che staccandosi dalla sua articolazione lascia una regolare cicatrice. Ovvero il processo cancrenoso invece di arrestarsi progredisce sempre più, ed arriva ora fino alla metà del piede, ora fino ai malleoli, ed ora in fine anche immediatamente al disotto del ginocchio ove si arresta. Nel secondo caso quando cioè trattasi *di cancrena umida o calda* il morbo incomincia con i fenomeni dell' infiammazione, e con la gonfiezza edematosa delle dita, con *dolori molto intensi*, coloramento violetto oscuro o quasi nero delle parti ec. e dopo qualche tempo attacca molte dita del piede, si diffonde in questo, e dopo alcune settimane l'intiero piede e forse anche la gamba e cancrenata. La qual cosa avvenuta si forma ordinariamente un limite tra le parti morte e le vive che si determina sempre più chiaramente: intorno alla cute circolarmente si mostra un vivace e roseo colore, la così detta *linea di demarcazione*. Ciò che è morto si distacca da ciò che è vivo, e nei margini di questo per *ectasia* dei vasi e plastica infiltrazione si trova un tessuto modificato cioè una massa di granalazioni. Le quali cose espresse nel semplice

linguaggio pratico dei chirurgi significano, che la parte morta dev'essere eliminata dalla vivente mediante una vivace suppurazione, e con questo distacco del tessuto necrosato succedere una rigogliosa formazione di granulazioni le quali menano a cicatrice nel modo ordinario. Il processo quantunque ora più celere, ed ora più lento, è sempre lo stesso nei differenti tessuti ed in tutte le forme di gangrena, ed il tempo che necessita per la eliminazione del tessuto necrotizzato può essere più o meno lungo e può dipendere ordinariamente, dalle dimensioni del pezzo mortificato, dall'abbondanza dei vasi e degli elementi cellulari, non che dalla consistenza del tessuto, dallo stato delle forze e dalla energia vitale dell'infermo.

Or siccome la cancrena è ordinariamente la conseguenza di altre malattie; così non è sempre agevole di raccogliere giustamente i sintomi dipendenti dalla influenza di quel processo sullo stato generale dell'organismo. Pur tuttavia si può dire in generale ed in taluni casi in ispecie, che comparisce una positiva influenza sullo stato generale, specialmente se la gangrena interessa la maggior parte di una estremità. In modochè si verifica un marasma con successivo decadimento delle forze, abbassamento della temperatura al di sotto del livello normale, polso piccolissimo, lingua disseccata, un certo grado di sopore nel quale gl'infermi s' indeboliscono sempre più e infine muoiono, per una forma di cronica setticemia dipendente da assorbimento di materie putride trasportata nel sangue per mezzo della circolazione sanguigna o linfatica.

Prognosi. La prognosi in generale della cancrena è tristissima, e specialmente di questa che dipende da cagioni interne come si esprimevano gli antichi chirurgi.

Cura. Se la cancrena ha invaso piccole o grandi sezioni delle membra, come suole nelle differenti varietà

di cancrena spontanea o senile; non v'à di meglio che attendere fino a che non sia comparsa la linea di demarcazione tra le parti vive e le cancrenate. Dopo di che, se trattasi di singole dita del piede o anche della gamba cancrenata si eseguirà l'amputazione, come unico mezzo di soccorso al processo di eliminazione, e di salvezza dell'infermo.

Il trattamento generale interno, sarà corroborante ed in vari casi anche eccitante. Buona dieta, preparati di china, acidi ed anche alquante dosi di canfora, e se i dolori, come spesso avviene in questa specie di cancrena sono insopportabili, si farà ricorso utilmente ai preparati di oppio in dosi avanzate, ed anche alle iniezioni ipodermiche con la morfina.

TESI 28.ª — Ferite del torace

Le ferite del torace possono interessare o le sole pareti o parti molli esterne, ovvero penetrare in cavità, e produrvi talvolta anche lesione degli organi contenutivi. Abbiamo quindi ferite del torace non penetranti e ferite penetranti con o senza ferimenti delle parti interne.

Di ciascuna di esse ed in prima delle non penetranti.

Ferite non penetranti

Etiologia. Queste ferite come tutte le altre, possono essere prodotte da istrumenti da punta da taglio o contundenti e da proiettili lanciati dalla polvere da sparo. Possono interessare la sola pelle o estendersi fino ai muscoli ed aprire i numerosi vasi che sono ramificati nella spessezza del torace, infine possono interessare le ossa, le cartilagini ed i muscoli intercostali.

Sintomatologia. Le ferite che interessano la sola cute, non presentano granchè nella sintomatologia, ma

non è lo stesso quando gl'istrumenti vulneranti hanno offeso uno dei muscoli larghi del petto o vasi ramificati nelle pareti del torace. Giacchè quando i muscoli sono divisi da un'istrumento tagliente, i primi fenomeni che si presentano sono il dolore, il divaricamento delle fibre muscolari più o meno esteso a seconda della diversa situazione e funzione del muscolo reciso, e la uscita di una maggiore o minor quantità di sangue che può venir facilmente fuori, ovvero infiltrarsi tra i foglietti cellulosi che separano i muscoli larghi del torace, se l'istrumento feritore è stato arma da punta. I sintomi che si manifestano in seguito di questo infiltramento, sono una tumefazione considerevole e rapida della regione offesa con o senza cangiamento di colore della pelle; che si mostra dapprima molle, e fluttuante, e poscia dura per effetto dello accumulo di nuova quantità di sangue, e della distensione dei tessuti.

Cura. Per le ferite della pelle e del tessuto sottocutaneo basterà la riunione immediata per menarle a guarigione. La qual cosa non è sufficiente per i muscoli recisi, ed il chirurgo dovrà in questo caso mettere in contatto per quanto è possibile i bordi della soluzione di continuo, e mantenerveli con l'opportuna posizione, con delle liste adesive, o con dei punti di sutura alla quali cose si aggiungeranno una lieve compressione sul muscolo diviso, ed una fasciatura leggiermente contentiva. La sutura sarà indicata specialmente se esiste una ferita a lembo.

Contro l'emorragia si useranno diversi mezzi a seconda della sua imponenza, poichè se essa è grave a segno da indebolir considerevolmente lo ammalato, ed anche metterne in pericolo la vita, conviene allora andare a ricercare il vaso diviso e praticare la ligatura nella ferita. Se poi il calibro del vaso diviso è poco considerevole, e se molti vasi di piccolo calibro dan

sangue, basterà il tamponamento. Finalmente per il sangue infiltrato nel tessuto cellulare sotto cutaneo per ferita da punta, se la emorragia è poco considerevole, la compressione applicata sulla ferita basta per impedire la effusione del sangue. Ma se il versamento è considerevole, o si allarga la ferita esterna, ovvero si pratica una controapertura, e se si suppone per la rapidità del versamento che sia stato aperto un grosso vaso, conviene andarlo a ricercare e praticarne la ligatura.

Della ferita della mammaria e dell'enfisema che van compagno delle ferite toraciche, ne parleremo trattando qui a poco delle ferite penetranti.

Ferite delle pareti del petto d'arme da fuoco

Etiologia e loro direzione. Le ferite delle parti molli del torace di cui ci occupiamo, sono prodotte da proiettili lanciati da polvere da sparo per mezzo di carabine archibugi pistole ed altre armi simili.

Esse sono quasi sempre oblique, dappoichè le ferite dirette sono ad un bel circa in tutti i casi penetranti, tranne che il proiettile dotato di poca forza non sia fermato dalla resistenza dello sterno o dalle costole. Penetrano al disotto della cute e continuano il loro tragitto circondando il torace per una maggiore o minore estenzione. Tuttavia vi sono dei casi in cui i proiettili invece di contornare il petto attraversano la cute in direzione diretta, e le aperture di entrata e di uscita dei medesimi si presentano diametralmente opposte, in modo che senza un minuto esame a prim'occhio si potrebbe credere che il petto fosse trapassato da parte a parte. La loro forma è ordinariamente a canale o a grondaia.

Sintomi. La soluzione di continuo prodotta da una palla, è ordinariamente della stessa figura di questa, con margini contusi, talora colorati quasi in bleu-ne-

rastro e alquanto introflessi. Però non sempre questi caratteri distintivi dell'orificio di entrata, che valgono certamente pel maggior numero dei casi, si possono ritenere come infallibili. Il dolore deve essere quasi nullo nelle ferite d'arme da fuoco, le quali avverandosi con grande rapidità non fanno risentire all'offeso che una specie di percossa sul luogo dove giunge la palla, e solo più tardi si accorge d'essere ferito per il sangue e dolore che avverte. L'emorragia che segue a queste ferite è ordinariamente scarsa e sempre minore di quella che tien dietro alle ferite da taglio dei fendenti o da punta, specialmente trattandosi di ferita di piccoli vasi.

Prognosi. Le ferite delle parti molli del petto non sono molto gravi, ma tardano generalmente a guarire atteso i movimenti continui ai quali va soggetto il petto nei movimenti di espansione e di inspirazione. Esse però sono gravi quando sono state colpite con le parti molli anche le dure. Le ferite dello sterno meritano una particolare attenzione potendosi avverare spesso diverse alterazioni di quest'osso ed ascessi. Quando il proiettile ha offeso le costole o le cartilagini, si deve temere la infiammazione consecutiva della pleura ed anche del polmone.

Finalmente anche le costole e lo sterno possono essere fratturati. Questa offesa è molto grave potendo comunicare l'infiammazione alla pleura ed al pulmone.

Cura. Se vi esiste emorragia bisogna frenarla, il che si ottiene ligando il vaso ferito o nella stessa ferita, ovvero ricercandone il tronco nella continuità. Nel primo caso necessiterà quasi sempre dilatare l'orificio di entrata o di uscita, essendochè altrimenti riuscirà impossibile di rinvenire l'arteria sanguinante.

Non essendovi emorragia si esplorerà immediatamente la ferita, per ricercare qualche corpo estraneo, e specialmente le palle confitte nei tessuti, e ciò so-

pratutto nei canali a fondo cieco. Questa esplorazione si esegue ordinariamenste col dito, ma quando questo non arriva, e il canale della feritaè troppo stretto si ricorrerà ad un catetere ovvero ad una sonda. Accertati della presenza del proiettile si cercherà di estrarlo o per l'orificio di entrata, ovvero facendo una contro apertura allorchè il proiettile si trova immediatamente al disotto della cute. Se esso è allogato tra due coste, vi si passa di sotto un uncino ottuso, un cucchiaio, un'elevatore e si tira, se è nella spessezza dello sterno si solleva con la estremità di una forte spatola, con un punteruolo o meglio con uno strumento da dentista detto lingua di carpione.

Fatta la estrazione del proiettile si applicherà una compressa bagnata che sarà ricoperta da un pezzo di tela incerata mantenuta in sito da una fascia. Posteriormente non vi è mestiere di altro che di mantenere umettata e coperta la ferita, con alquanta soffice filaccica, e con formentazioni di acqua di saturno od acqua di cloro e cose simili. La guarigione incomincia col distacco lento di una piccola escara anulare intorno all'orificio di entrata, dopo di che vengono eliminati dei lembi cancrenosi dall'interno del canale fino a che si manifesta una buona granulazione e suppurazione che a poco a poco va chiudendo il canale da dentro in fuori. Nella maggior parte dei casi l'orificio di uscita si cicatrizza prima di quello di entrata. Però a questo andamento regolare si possono opporre taluni accidenti e massime le suppurazioni profonde e progressive che rendono necessarii nuovi sbrigliamenti, e l'applicazione di ghiaccio, come per le ferite contuse in genere. A questi ed altri accidenti si riparerà secondo la diversità dei medesimi.

Ferite penetranti nel petto

Noi dividiamo queste ferite del torace in penetranti semplici , e in penetranti con offesa dei varii organi contenuti nel petto.

Etiologia. Le prime interessano la cute, i muscoli e la pleura costale e viscerale; insomma le parti molli che rivestono la cassa toracica. Esse sono prodotte come tutte le altre ferite da istrumenti taglienti, da punta e da arme da fuoco.

Sintomi. La conseguenza immediata di queste ferite oltre del solito dolore, del divaricamento dei muscoli, e della emorragia, e la introduzione di aria nella cavità del petto, la quale quando è abbondante impedisce che il polmone si dilata e funzioni regolarmente. Mentre se è scarsa, i fenomeni sopra descritti, non possono prodursi che difficilmente atteso l'angustia della soluzione di continuità che non permette all'aria di introdursi liberamente nel petto per la ferita. La quale se è larga ci permette far riconoscere facilmente che la pleura è stata aperta da un'istrumento vulnerante; potendosi con la vista osservare la uscita ed entrata alternativa dell' aria nei movimenti respiratorii. Quando ciò non basta si è consigliato di presentare alla ferita la fiamma di una candela, mentre lo infermo fa uno sforzo di espirazione acciocchè l' aria accumulata nella pleura scappando fuori della soluzione di continuo può agitar la fiamma. Finalmente se si percuote il petto si trova, quando l'aria si è introdotta nella pleura, sonorità timpanica, con la quale va ordinariamente compagna, la mancanza di mormorio respiratorio, che si può verificare con l'ascoltazione.

Diagnosi. Se la ferita è molto estesa la diagnosi ric-

sce piuttosto facile, ma se è angusta diviene un poco difficile e qualche volta impossibile. Ad ogni modo tenendo conto delle circostanze nelle quali fu prodotta la ferita; dell'istrumento feritore, della posizione del ferito nel momento dell'accidente, dell'uscita dell'aria dalla ferita, del suono timpanico che dà il torace alla percussione,dell'affievolito o mancato mormorio respiratorio ec. ec., si potrà venire a capo se non di una certa, almeno di una probabile diagnosi.

Prognosi. Malgrado lo esame più attento non è sempre possibile pronunciarsi con certezza; in generale però se la ferita e molto profonda il pronostico sarà grave o gravissimo, a seconda dell'importanza dell' organo offeso.

Cura. La prima indicazione da compiersi nel trattamento di queste ferite è l'occlusione della soluzione di continuità, la qual cosa sarà fatta dopocchè il chirurgo si è assicurato per quanto è possibile che niun vase fornisce sangue da potersi introdurre nella pleura. La occlusione della ferita sarà fatta con ravvicinare le labbra della ferita; le quali saranno ritenute in tal modo con uno o più liste di diachilon sovrapposti. Il riposo della parte offesa e dell'infermo compiranno la cura. Se malgrado queste precauzioni si sviluppano i segni di una pleurite traumatica, la si curerà con le emissioni sanguigne generali e locali coi rivulsivi ec. ec., come si farebbe per una pleurite non traumatica.

Ferite dell'esofago

L' esofago va raramente ferito solo, ma ordinariamente, con esso si trovano feriti i pulmoni le pleure, e gli altri organi contenuti nel petto.

Sintomi. Questi sono riferibili alle sostanze che vi

passano venendo per tali ferite fuori, o le bevande ovvero i cibi introdottivi per la bocca.

A questi sintomi, se si aggiungono quelli riferibili alla irritazione più o meno grave destata negli organi toracici, si avrà un quadro fenomenale completo di dette ferite.

Prognosi. Le ferite dell'esofago reputansi sommamente pericolose, quando trovansi complicate con l'offesa di qualche grossa arteria, del pulmone, e quando sieno molto grandi da permettere facilmente il versamento nel petto dei liquidi bevuti. Senonchè sembra sperabile la guarigione solo allorchè la ferita è stretta, e soltanto l'esofago o poca parte del polmone si trovano offesi.

Cura. Queste ferite debbono tenersi aperte per tutto il tempo che vengon fuora dalle medesime materie, diverse, ne si chiuderanno, se non sia cicatrizzata l'apertura dell'esofago. Essendo troppo ampia la ferita si introdurrà per le narici una cannula elastica che oltrepassi con il suo estremo il punto offeso, affinchè per essa possono arrivare nello stomaco quelle sostanze che si credono necessarie. Si consiglieranno i lavativi nutrienti e si farà bagnare frequentemente la bocca con acqua fredda. Sarà infine applicata la cura strettissima antiflogistica.

Ferita dell' arteria intercostale

L'arteria intercostale raramente resta ferita, specialmente nella sua origine atteso la grande profondità in cui trovasi situata. Però può essere incisa nelle ferite penetranti dalla parte anteriore del torace.

Sintomi. Quando la ferita è ampia facilmente si riconosce la emorragia, potendosi in questo caso osser-

vare l'uscita del sangue dal punto ove corrisponde l'arteria in parola, e nello stesso tempo veder diminuito e sospeso lo scolo sanguigno per pressione fatta sulla medesima. Non succede lo stesso se la ferita è stretta, obliqua, sinuosa, poichè il sangue si effonde e si accumula nella pleura; e vengono in campo i sintomi spettanti al travasamento ed alle emorragie, e si resta nel dubbio se questa dipende dalla intercostale ferita ovvero da vasi interni del petto. In questo caso si tiene conto dell'istrumento feritore, e del modo come è penetrato ec. e nello stesso tempo si guarderà alla mancanza di tutti i sintomi che possono annunziare ferita degli organi toracici.

Cura. Svariati mezzi sono stati proposti dai chirurgi per frenare l'emorragia della intercostale. E noi senza distenderci su ciò diciamo che si può far uso utilmente del metodo di Sabatier o di Desault, il quale metteva sulla ferita una larga compressa quadrata, ne infossava il mezzo nel petto, quindi imbottiva di filaccia questa specie di sacco, poi riuniva gli orli della compressa e li tirava con forza al di fuori. Il fondo della compressa infossata, cresciuto di volume per le filaccia, non potendo riuscire, preme contro l'arteria ferita. Si può anche chiudere sollecitamente la ferita in alcuni casi speciali, ed adoperare esatto metodo antiflogistico.

Non parliamo della ferita della mammaria, non presentando gran differenza con la ferita dell'intercostale sotto molti aspetti.

Ferite del cuore

Tutte le parti del cuore non sono esposte egualmente alle offese esterne; quindi ordinariamente avviene che sia ferito a preferenza il ventricolo dritto, che occupa gran parte della porzione anteriore del cuore.

Etiologia. Queste ferite possono essere prodotte da istrumenti pungenti, taglienti, o contundenti, da corpi lanciati dalla polvere da sparo, ovvero da schegge ossee dello sterno o delle coste che sono arrivate talvolta fino al cuore. Generalmente però gli strumenti da tagli o da punta sono quelli che producono ferite del sopraindicato organo.

Sintomi. Questi variano in ragione della estensione della offesa. In fatti nelle ferite prodotte da un'istrumento acuto e sottile, tranne un insensibile scolo sanguigno non avviene altro, mentre quando la ferita è più larga si osserva uno scolo di sangue in rapporto dell'estensione della ferita e della direzione della medesima, che in qualche caso eccezionale si è visto anche sortire al difuori. Ordinariamente succede che esso si effonde nella cavità delle pleure, nel mediastino e nel pericardio. In questo caso si possono osservare tutti i segni dell'interna emorragia, deliquio con pallore di tutta la superficie del corpo, raffreddamento degli estremi, sudori freddi, piccolezza estrema del polso, lipotimia, vomito, ansietà, oppressione, angoscia precordiale ec. ec. Come pure la dispnea lo indebolimento delle pulsazioni arteriose, un dolore vivo alla regione sternale ec. ec. Ma tutti questi segni sono incostanti e non hanno tutta quella grande significazione ad essi attribuita. In breve da quel che si è detto si rileva che una ferita del cuore in vita si può sospettare e non ritenere come vera, potendo anche mancare nella ferita del detto organo i sintomi or ora indicati, o esservi e dipendere da uno stato nervoso.

Esiti. Tre possono essere gli esiti delle ferite del cuore; la morte immediata; la morte dopo un tempo più o meno vario, e la guarigione. Quest'ultimo esito però è molto raro.

Cura. Si consiglia di ricorrere al salasso, che deve essere ripetuto ogni volta che il polso si rileva, come pure alla bella donna e alla digitale come mezzi coadiuvanti. Si è vantato pure il freddo locale e generale il riposo, l'astinenza, ed il silenzio strettamente osservato.

Ferita del pulmone

Poche sono le ferite penetranti nella cavità toracica, senza la offesa più o meno grave di una o più viscere contenutevi. Le più frequenti sono associate alla lesione del pulmone che ne occupa il maggior spazio: ma le più gravi e più pericolose sono quelle del cuore e dei grossi vasi.

La distanza che passa tra le pareti toraciche ed il polmone rende difficile il concepire, come uno strumento possa penetrare nella cavità del petto, senza offendere il pulmone — il quale in altri casi trovasi ferito quasi indirettamente, come quando per una frattura di una costa i frammenti rivolti contro di esso l'offendono.

Sintomi. I sintomi che si osservano nelle ferite del pulmone sono i seguenti. Gl'infermi sono presi da emottisi tanto più abbondante per quanto più voluminosi sono i vasi aperti. Il sangue nel momento dello accidente, è spumoso di un rosso chiaro, che va indicato generalmente sotto il nome di *sangue rutilante*.

Poco dopo gli sputi prendono un colorito bruno scuro, e sono densi, viscosi, poco aerati; il sangue che vi era misto va scemando gradatamente nella materia espettorata; la quale riprende il suo colorito naturale. Con lo sputo di sangue si accompagna nell'espirazione l'uscita di una certa quantità di aria, che varia secondo la estensione della ferita, e la sua obliquità. Vien

fuora anche dalla ferita un sangue liquido, ovvero una massa spumosa più o meno abbondante.

Tutto ciò si riferisce alle ferite che hanno una certe estenzione; avviene però qualche volta che l'istrumento ha lama stretta ed è penetrato ad una profondità poco considerevole, in modo tale che il pulmone è stato appena ferito. In questo caso si osservano appena alcuni sputi sanguigni, ed un leggiero enfisema in vicinanza della ferita che ci fa piuttosto sospettare che ritenere essere avvenuta lesione o ferimento del pulmone. Finalmente si osservano in queste ferite, la dispnea l'alterazione dei lineamenti del viso, la picciolezza del polso, il raffreddamento degli estremi ec. ec.; ma questi sintomi non appartengono esclusivamente alle ferite del pulmone.

Le complicanze che tengono dietro a queste ferite sono lo *enfisema*, lo *pneumatorace*, ed il *versamento sanguigno*.

Prognosi. La gravezza delle ferite del polmone è proporzionata, non solo alla loro estensione sito e profondità, ma in gran parte alla violenza della pulmonite-sopravvenuta: talvolta guariscono facilmente, ma spesso ne segue la suppurazione, che in qualche caso col processo della granulazione porta a saldamento la ferita. Spesso vi rimane una fistola, ordinariamente ne segue la morte per consunzione.

Cura. Quando la ferita è semplice si riunirà la soluzione di continuo degli integumenti come si è detto parlando delle ferite delle pleure. Si curerà inoltre di prevenire con gli opportuni compensi terapeutici la pulmonite consecutiva e nello stesso tempo si farà serbare il riposo assoluto all'infermo, ed infine si modereranno circondando il petto con una fascia i movimenti delle coste, che sono di ostacolo al saldamento della ferita.

Ferite del diaframma

Etiologia. Queste ferite sono rarissime, e sono prodotte come tutte le altre da istrumenti a punta a taglio o contundenti. Si osservano anche in seguito di forti contusioni dell'addome o di sforzi oltremodo violenti.

Sintomi. Gli infermi accusano dolore alla regione diaframmatica, il quale cresce nella ispirazione; esso si aumenta sotto la pressione, e si irradia anche fino alla spalla del lato ferito. Se la ferita è un poco considerevole si osserva l'addome afflosciato ed il petto cresciuto di volume. Inoltre esiste dispnea più o meno grande; il polso è piccolo contratto, e qualche volta anche il viso *sardonico* descritto da tutti gli autori.

Prognostico. Le ferite del diaframma sono gravissime; la maggior parte sono mortali immediatamente, e solo eccezionalmente si è verificata qualche guarigione.

Cura. Nei casi in cui si sospetta la ferita del diaframma, si farà coricare il ferito sul dorso, e le pareti addominali si terranno nel massimo rilasciamento possibile. Si faranno praticare salassi locali e generali, per prevenire la infiammazione e si amministreranno le bevanti diluenti. Il riposo assoluto e la dieta completeranno la cura in sì gravi ferite.

Complicanze delle ferite toraciche

Etiologia. L'enfisema consiste nella infiltrazione dell'aria nel tessuto cellulare; e si produce sotto quattro condizioni differenti. Se esiste ferita del pulmone con ferita esterna. Se esiste una lesione della pleura parietale senza lesione del pulmone. Se esiste una lacerazione del pulmone con integrità della pleura viscerale.

Infine se esiste una soluzione di continuo al polmone senza ferita esterna, ma con lacerazione della pleura parietale.

Sintomi. Qualunque sia la estensione dell' infiltramento la pelle è indolente, senza cangiamento di colore, e se la estensione fosse eccessiva i tegumenti si mostrano lucidi con tinta molto pallida. Se si premono le parti tumefatte l'aria si sposta, la pelle si lascia deprimere ma non conserva l'impressione del dito, la mano avverte un crepitio simile a quello che risulta dal fregamento di un pezzo di pergamena. Con questi segni vanno compagni altri di maggior importanza, si osservano cioè dispnea estrema, viso rosso, o livido, labbra bluastre ec. L'infermo non può serbare la posizione orizzontale, il polso è piccolo, debole ineguale, i visceri sono presi da congestione.

La morte non tarda ordinariamente a venire per l'ostacolo meccanico portato alla respirazione.

Quando esiste molta aria nella cavità delle pleure, si osserva una sonorietà molto grande nel petto, e dippiù tutti i turbamenti delle vie respiratorie sopra indicati, dipendenti da inazione dei polmoni che restano compressi ed afflosciati dall' aria esterna entrata nel torace.

Cura. Se lo infiltramento è poco considerevole svanirà da sè, ma se invece è molto esteso, conviene fare delle scarificazioni, e delle piccole incisioni in diversi punti, affine di agevolare l'uscita dell'aria infiltrata: alcune pressioni ne faciliteranno la uscita. Come mezzo coadiuvante si faranno applicazioni toniche e fregagioni ec.

Versamenti Sanguigni

Il versamento sanguigno si può avverare in una o in ambe le pleure, può accadere contemporaneamente con

la ferita, o dopo qualche giorno. Ora il sangue si spande rapidamente e ne riempie l'intero petto, ora cola lentamente, e lascia vario tempo per avverarsi i sintomi propri allo stravasamento. Ora il sangue è liberamente diffuso nella pleura, ora è circoscritto in una specie di borsa formata dall'aderenze morbose del polmone con le pareti toraciche. Ora il sangue è arterioso ora venoso, ora proviene dal polmone ora dal cuore ed ora dall'arteria intercostale.

Sintomi. I sintomi che annunziano lo stravasamento, o si manifestano rapidamente o a poco a poco in ragione del sangue che si raccoglie, e che vien fuora da grossi e piccoli vasi. Avvenuto lo stravaso, la respirazione si fa corta, frequente difficile, lagnasi l' infermo di un'oppressione sul petto, di un peso sul diaframma, e di un dolore nei suoi attacchi. Si vede in preda ad una angosciosa agitazione che non gli permette di serbare per pochi istanti una stessa positura: al mutar sito ed allo scuotersi del torace nel sonno evvi minaccia di soffocazione.

Percosso il torace con le dita o col *plessimetro* si sente il suono matto di pienezza; il quale non si avverte costantemente nel medesimo punto; ma bensì in quello più declive in ciascuna posizione del torace. L'ascoltazione farà rilevare il punto fin dove il travasamento si estende.

Osservato con attenzione il lato del petto ove corrisponde il travasamento, si trova più ampio dell'opposto, gli spazii intercostali cresciuti, le coste meno curve. Il polso è piccolo, frequente, concentrato, il cuore disordinato nei suoi momenti, e talvolta spostato di sito, pallida e fredda la cute, e quando la effusione sanguigna è copiosa, scorrono freddi ed attaccaticci i sudori sulla faccia. Sopraggiungono, la sincope, l'asfissia e talfiata la morte.

I sintomi finora indicati, non si trovano in tutti i

casi di versamento sanguigno, spesso ne mancano moltissimi, e si è visto talvolta morir di questo accidente qualche ferito che non ne aveva mostrato il minimo indizio in vita. È quindi indispensabile procedere con la massima cautela nell'esame dei sintomi che caratterizzano lo stravaso, prima di accincersi all'operazione conveniente.

Cura. Si differirà per quanto è possibile ogni operazione, onde dar tempo che il grumo che chiude i vasi e arresta l'emorragia divenga più solido e resistente; senonchè, quando la copiosa effusione di sangue minaccia soffocazione, corre la necessità di cacciarne una porzione, e rimanervene quanto basta per sostenere il grumo. In questo caso bisogna sollecitamente dilatare la ferita, fare uscire la quantità di sangue che si crede necessaria e chiudere immediatamente la ferita.

Il sangue travasato se è in piccola quantità può venir assorbito, ma questo è fatto rarissimo, troppo spesso convien procurare l'uscita del sangue. Essendo la ferita ambia abbastanza e in punto declive, basterà dare all'infermo una situazione in modo che il punto più basso del petto corrisponda alla ferita, se invece è stretta e bassa, si dilaterà in direzione che si avvicini all'orlo superiore dalla costa inferiore onde evitare di ferire l'arteria intercostale. Ove poi la ferita si trovi nella parte superiore del torace, ovvero si è cicatrizzata, si farà una contro apertura, o la paracentesi.

Ciò fatto o il sangue è liquido e verrà fuori facilmente, ovvero e aggrumito e per renderlo fluido abbastanza si useranno le iniezioni tiepide con acqua semplice, e dopo uscito il sangue ed il fluido iniettato, si chiuderà immediatamente la ferita. Finalmente se il sangue fosse alterato, ed un materiale marcioso più che sanguigno si presentasse, s'introdurrà nelle ferite un nastrino sfilato; sopra di esso si apporrà una compresa bucherata, poi della filaccica e da ultimo la fa-

sciatura contentiva. Si darà al ferito la posizione più opportuna per la uscita ulteriore di quel guasto materiale, e si raccomanderà il riposo, il silenzio e l'astinenza ; il metodo antiflogisto sarà rigoroso.

TESI 26. — Ferite della faccia

Appartengono alle ferite della faccia, quelle del sopracciglio, delle palpebre, del naso, delle orecchie, delle labbra, delle guance, della bocca, dei sensi mascellari e frontali. Di ciascuna di esse, ed in prima delle ferite del sopraciglio.

Ferite del Sopracciglio

Etiologia. Queste ferite possono essere prodotte come tutte le altre, da istrumenti da punta, da taglio, contundenti o da arma da fuoco.

Sintomatologia. Esse si presentano come tutte le altre ferite da punta da taglio, contundenti ec. ec. e presentano, i medesimi sintomi delle ferite in generale, in modo che non crediamo ripetere ciò che si è detto nel trattare di queste ultime.Solo però facciamo notare, che alle ferite contuse ordinariamente suol seguirne l'amaurosi, soprattutto, quando cadute verso il capo del sopracciglio venga offeso il nervo frontale.

Prognosi. La prognosi non è ordinariamente grave, tranne però il caso come si è detto che non resti ferito il nervo frontale, o si avverino offese delle meningi e cervello.

Cura. Sia qualunque la natura di queste ferite, debbono essere medicate come in qualunque altro punto del corpo. Bisogna però che il chirurgo stia in guardia, sull'apparente semplicità di queste ferite, in guisachè sarà prudenza usare un metodo antiflogistico un poco più energico. Presentandosi il nervo frontale

contuso o lacerato, conviene troncarlo, ridurre la ferita contusa a ferita da taglio, e come tale medicarla.

Ferite delle palpebre

Queste ferite o sono semplici o penetranti. A queste ultime appartengono quasi sempre le ferite da punta, le quali dopo aver traforate le palpebre penetrano nella sottile lamina orbitaria e giungono al cervello. Esse come s'intende di leggieri riescono funeste. Il chirurgo quindi non dovrà in questi casi arrestarsi all'apparente offesa, ma dovrà ricercare fin dove il ferro sarà giunto, e adoperare un governo antiflogistico energico più di quello comporterebbe l'evidente lesione. Però non sempre, le ferite della palpebre sono penetranti ma sono ordinariamente semplici e queste or trasversali, ora oblique, ora verticali, o limitate ai soli integumenti, ovvero estese a tutta la spessezza delle palpebre.

Etiologia. Le ferite semplici palpebrali, sono prodotte dalle stesse cause che producono le ferite in generale; in modo che è superfluo tenerne parola.

Sintomatologia. Le trasversali ed oblique da taglio poco estese, anche profonde a tutta la spessezza delle palpebre offrono poco discostamento nelle margini; al contrario le verticali che ne interessano tutta la lunghezza, e la spessezza presentano molto allontanamento negli orli. I corpi contundenti cagionano talvolta, una semplice e lieve contusione, la quale si accompagna ad un'ecchimosi diffusa per la facile infiltragione del sangue in quella lasca e copiosa cellulare. Talvolta però la ecchimosi è così sviluppata che le palpebre divengono mostruose, e la congiuntiva si presenta pur essa infiltrata di sangue e prominente. Finalmente le ferite contuse per arme da fuoco, offrono vario grado, nella loro gravezza, giacchè ora vi si nota

un'ammaccamento così forte che i tessuti si presentano disorganizzati e ridotti in escara, ed ora la contusione e così leggiera che appena si avverte la offesa dei tessuti palpebrali.

Cura. Le ferite trasversali, le oblique, e le verticali che interessano il solo tessuto cutaneo e celluloso sottostante, guariscono facilmente di prima intenzione medicandole con le liste adesive, le quali sono insufficienti nelle trasversali e nelle oblique molto lunghe, che comprendono tutta la spessezza delle palpebre, ed assai più nelle verticali che l'interessano per intero. Si userà quindi la cucitura a punti staccati, che riesce perfettamente, e se vuolsi che riesca più esatta la unione si deve comprendervi ambe la fibro cartilagine, della cui offesa si sono tropro esagerati i pericoli. Al terzo giorno si possono troncare i fili.

Per le semplici contusioni con ecchimosi, bastano le bagnature fredde e risolventi. Però se la ecchimosi è molto sviluppata, e la congiuntiva si mostra infiltrata di sangue e prominente, vi bisognano le sanguisughe e talvolta anche le calteriture. Finalmente nelle ferite d'arme da fuoco essendovi estesa disorganizzazione, oltre delle sanguisughe si useranno cataplasmi ammollienti, per fare che si distaccasse l'escara formatasi e si toccherà la piaga col nitrato d'argento, avvertendo però di tenere distesa la palpebra con liste adesive. Se la contusione è leggiera ed è sperabile la adesione primitiva bisogna tendarla, giacchè se anche non si avveri si otterrà sempre una cicatrice meno deforme di quella che permette sperare la medicazione per supposizione. Essendovi pallini si caveranno, ovvero se ne attenderà la uscita per la suppurazione, coprendo le palpebre con cataplasmi.

Ferite del naso e del padiglione delle orecchie

Etiologia. Queste ferite sono prodotte come tutte le altre da istrumenti da punta, da taglio e da arme da fuoco.

Sintomatologia. Le offese delle dette parti non offrono considerazioni speciali, in modo tale che vi si osservano i sintomi che spettano alle ferite da taglio, da punta o contuse, siano queste prodotte da istrumento contundente o da arma da fuoco.

Cura. Quando sono interessate le parti cartilaginee in tutta la spessezza, oltre dell'ordinaria medicatura si userà la cucitura a punti staccati, comprendendo tutta la spessezza della *fibro cartilagine* per ottenere l'adesione primitiva. Essendo la ferita lacera o contusa col ferro si ridurrà a ferita da taglio, e come tale sarà medicata anche per prima intenzione. Finalmente anche se la parte tagliata si fosse staccata dal resto del corpo bisogna tentare l'adesione che si è vista conseguire non rare volte.

Ferite delle labbra

Tralasciamo di dire della etiologia e sintomatologia di queste ferite, essendo comune alle ferite in generale e solo ci fermeremo a dire della cura che esse richiedono.

Le ferite delle labbra, offrono soltanto una particolarità di medicazione, quando sia interessato il muscolo orbicolare. Ferito nella direzione delle sue fibre non esige altra medicazione che quella dello sparadrappo, e delle fasciature contentive, se poi le sue fibre sono tagliate trasversalmente, ma non in tutta la spessezza, con liste adesive vi bisogna la fascia unitiva a due gomitoli o quella di *Thillay*. Se la ferita in-

fine ha interessato tutta la spessezza del labbro, si userà la cucitura a punti staccati se la ferita è breve, la intorcigliata quando la ferita è più estesa. Essendovi contusione o laceramento della ferita, colle forbici o col bistori si renderanno regolari le margini della soluzione di continuo come si pratica pel *labbro leperino* e come in questo sarà la ferita medicata.

Ferite dei seni frontali e mascellari

Etiologia. Possano essere prodotte da strumento di punta di taglio, da corpo contundente, e da proiettile spinto da arma da fuoco.

Sintomatologia. Le ferite penetranti nei seni si riconoscono dall'uscita dell'aria e del muco, dell'esterna apertura, soprattutto nell' atto dello sternuto e di soffiarsi il naso — Queste ferite possono essere complicate, con fratture delle ossa, con corpo estraneo, o con commozione.

Cura. Le contusioni con frattura si faranno guarire senza affannarsi a riordinare i frammenti. E se per tali ferite si avvera la fistola, si consiglia di tenere aperto con le iniezioni e colle minuge l'orificio di comunicazione del seno con le narici, e di tenere a combaciamento le margini della ferita. Allorchè il tempo decorso, la compressione, e la cauterizzazione non sono bastati a sanare la fistola, si userà l'autoplastia.

TESI 30. — FERITE DELLE ARTICOLAZIONI

Etiologia. Queste ferite sono penetranti o non penetranti, e possono essere prodotte da istrumenti pungenti, taglienti, contundenti, e da arme da fuoco, e per strappamento o lacerazione.

Sintomatologia. Non è molto facile assicurarsi se la

ferita sia o non sia penetrante: giacchè sebbene la fuoriuscita di un fluido simigliante all' albume d' uovo (*umore sinoviale*) sia indizio certo di ferita penetrante nella cavità dell'articolazione; pur nondimeno avviene talvolta che vien fuori dalla ferita dell'articolazione, un umor vischioso e limpido che ha gran somiglianza con la sinovia, e può quindi far cadere in errore il chirurgo sulla vera natura della ferita. Ad ogni modo però bisogna ritenere per vero essere l'uscita della sinovia segno certo di ferita penetrante dell'articolazione: all'uscita della sinovia dopo il terzo o quarto giorno si unisce il dolore tensivo, la febbre, la gonfiezza ed il calore aumentato nell'articolazione. In altri casi, massime quando il ferito ricorre tardi al chirurgo, verso il termine della prima settimana dopo il ferimento, non solo si gonfia eccessivamente l'articolazione e diviene molto calda, quando si pronunzia ancora un'edema della gamba. L'infermo accusa vivacissimi dolori così sotto il tatto, che nei tentativi di movimento, febbricità intensamente massime verso sera, perde l'appetito ed incomincia a dimagrire. Segue la suppurazione nel cavo articolare, si rilasciano i ligamenti, s'infiltra la marcia sotto la pelle lungo il membro, si presentano in diversi punti le collezioni purulente. La marcia insinuandosi lungo i muscoli e i vasi si tendono le infiltrazioni purulenti a tutto l'arto, insorgono i dolori acerbissimi che non permettono la più leggiera esplorazione, ne segue la flebite, a cui succede la morte.

In alcuni casi i dolori si mitigano, diminuisce la suppurazione, le forze risorgono; i capi ossei si congiungono e guarisce l' infermo con anchilosi.

Diagnosi. In generale è facile stabilire la diagnosi di queste ferite, mettendo a calcolo la situazione, direzione e profondità della ferita, e soprattutto l' uscita dalla ferita (quando questa è penetrante) di una gran quantità di umore vischioso e filante che vien fuori dal

la ferita nei movimenti dell'arto. Vi sono però dei casi in cui atteso la strettezza, la sinuosità, e la mancanza di paralellismo tra la ferita della pelle e la capsula articolare, non è possibile fare una tale diagnosi. Ad ogni modo quando ciò succede si tratterà la ferita come penetrante, non essendo indispensabile una tale conoscenza.

Prognosi. Tutte le ferite penetranti nelle articolazioni sono gravi. Ma non tutte lo sono nell'istesso modo. Le semplici punture infatti sono di tutte le meno gravi. Le ferite da istrumento tagliente, sono più gravi, e più gravi di queste quelle per istrumento contundente. In fine le ferite per strappamento e lacerazione espongono senza dubbio a tristi accidenti, ma esse sembrano meno gravi di quelle da istrumento contundente. In generale si può dire che qualunque sia il genere d'istrumento che abbia ferita un'articolazione, qnando questa suppura, espone lo infermo a perdere la vita, o per lo meno il movimento del suo arto', imperciocchè un'anchilosi più o meno estesa succederà quasi certamente a questa suppurazione che ha distrutta la sinoviale le cartilagini. ec. ec.

Cura. Nei primi istanti che seguono la ferita, prima che l'infiammazione si sia sviluppata, si riuniranno immediatamente le labbra della ferita. La quale cosa si otterrà o con delle strisce di sparadrappo, ovvero con la sutura intorcigliata. Si porrà il membro nella immobilità assoluta, e lo si comprimerà leggiermente per mezzo di una fascia rotolata. Se la ferita sarà contusa, invece di riunire come si è detto le labbra della ferita bisogna contentarsi di medicarle mollemente. Nei casi più gravi quando sono cominciati a sorgere i primi accidenti, bisogna ricorrere ad un'energico metodo antiflogistico. Ma se l'artrite finisce per suppurare; bisogna fare delle aperture e controaperture e sbrigliamenti, per dar uscita al pus che restando

e venendo riassorbito dà luogo all'infezione putrida alla quale soccombono per lo più gl'infermi. Nel medesimo tempo che si praticano sbrigliamento e controaperture bisogna mantenere l'arto nella immobilità assoluta, mettendolo o in un semi-canale, ovvero in un'apparecchio inamovibile, il quale lascerà allo scoperto solo la giuntura malata. Infine si darà al membro la migliore posizione possibile, e se si formano dei *sequestri* saranno estratti appena lo si potrà facilmente.

Frattura della mascella inferiore

Etiologia. Questa frattura può avvenire per urto diretto e per contro-colpo, e le più ordinarie cagioni sono le cadute, i colpi e le violenze direttamente portate contro la mascella, ed i proiettili d'arme da fuoco.

Sintomatologia. La frattura della mascella inferiore si riconosce facilmente mediante il crepitio e la mobilità dei frammenti, ed il perduto livello dei denti e della base dell'osso. Il mento è ordinariamente deformato, la bocca deviata e mezzo aperta. Nella frattura doppia il frammento medio è rovesciato infuori e abbassato, i laterali tirati in sopra innanti e in fuora. In generale i fenomeni, variano in ragione che la frattura ha interessato questa, o quel punto dell'osso mascellare inferiore;in modo tale che ben altri sintomi si possono osservare oltre i su esposti.

Complicanze. Le più ordinarie complicazioni sono: le lacerazioni delle gengive, lo scuotimento e la caduta dei denti, la emorrogia per la ferita o la lacerazione dell' arteria dentaria; la paralisi dei muscoli inferiore della faccia, ed anche la sordità ed il tetano per effetto della lacerazione del nervo dentale inferiore.

Cura. Nelle fratture del corpo dell'osso mascellare, quando non esiste spostamento basta mantenere la ma-

scella inferiore immobile ed avvicinata alla superiore. Se esiste spostamento bisogna ridurlo, il che si ottiene con facilità, afferrando i due frammenti, e spingendoli in senso inverso dello sportamento. Dopo ciò si applica la fasciatura detta *fionda o mentoniera*. Però se esiste una doppia frattura questo mezzo è insufficiente per opporsi allo spostamento, e bisogna ricorrere agli apparecchi di Eutenick, di Burlh e di Houzelot. Secondo noi quest'ultimo è preferibile agli altri. Per la frattura delle branche e dell'apofisi coronoide, bisogna cercarne l'immobilità fissandole con fasce. In fine nelle fratture del collo del condilo mascellare, basterà che il chirurgo renda immobile la mascella.

Frattura della Clavicola

La Clavicola offre tutte le condizioni favorevoli per andar soggetta a frattura, ed è perciò che molti esempii se ne incontrano in pratica.

Etiologia. Può seguire all'urto diretto delle cagioni violente, e comunque possa aver luogo in qualunque punto, pure si vede frequentemente occupare la parte più interna dell'osso. Non mancano casi di vederla verificata per contro-colpo.

Sintomatologia. In qualche caso manca lo spostamento, qualunque sia il punto della frattura, i movimenti del braccio sono poco imbarazzati; esaminando il sito dolente, si trova talvolta il frammento scapolare un poco depresso, che poi si riconduce in linea collo sternale, ove si elevi il braccio e la spalla. Se si ripetono questi movimenti, e si applichi la mano sul luogo della frattura, si avverte facilmente la scricchiolata, che può ancora sentirsi afferrando i due frammenti, e spingendoli l'uno contro l'altro. Ove poi la clavicola si rompe nella porzione sternale, si verifica certamente la scomposizione. In questo caso

basta vedere il malato per riconoscere la frattura; il braccio è immobile, cade penzoloni alquanto innanzi ed è volto in rotazione un poco in dentro, l'infermo non può portare la mano sulla spalla opposta, e quando gli si comanda che la porti alla fronte, egli vi giunge piegando il capo innanti, e alzando solamente l'antibraccio. Scorrendo il dito dallo sterno alla scapola lungo il dorso della clavicola si tocca la ineguaglianza e la tacca; in contraria direzione, s'incontra nel sito della frattura un infossamento, proporzionato al grado dello spostamento ec. ec.

Cura. Non vi è dice giustamente il Boyer frattura più facile a ridursi, e più difficile a mantenersi ridotta, quando quello della clavicola, in modo che i tanti apparecchi succeduti gli uni agli altri, sono tutti riusciti infruttuosi. Ed è perciò che i chirurghi persuasi di ciò hanno creduto in fine di abbandonare la medicazione con apparecchi più o meno complicati, ma sempre penosi ed inefficaci, per seguire un metodo assai più semplice ed assai meno molesto, contentandosi o della semplice posizione, facendo stare l'infermo a letto non molto soffice, nella posizione sul dorso, col gomito sul fianco secondo Malgaigne, o col braccio poggiato sopra di un cuscino posto a piano inclinato, in modo che il gomito si trovi più alto della spalla, o in una semplice ciarpa che sostenga l'antibraccio.

Fratture della rotola

Etioloiga. Le fratture della rotella sono ordinariamente cagionate da violenze dirette, son tali i proietti d'arme da fuoco, le percosse, le cadute col ginocchio piegato contra un corpo duro e rilevato. Si dice potersi avere anche per contro-colpo. Queste fratture

hanno diversa direzione e possono essere semplici complicate, composte e comminative.

Sintomatologia. Avvenuta la frattura, l'infermo avverte nel momento dell'accidente lo scroscio della rotola che si spezza. Se l'accidente avviene stando l'individuo in piedi, cade sul ginocchio per la subita ed involontaria flessione delle gambe. Al contrario se ha luogo per caduta e la frattura è trasversale con la rottura totale dell'inviluppo fibroso non gli riesce alzarsi. Generalmente la gamba è semiflessa; il ginocchio è deformato, la rotola sembra schiacciata ed il dito tocca nel suo posto una più o meno depressione. Se vi è grande spostamento dei frammenti ossei si può anche avvertire il crepitio dei pezzi ossei.

Cura. Quando la frattura della rotola è longitudinale guarisce per se medesima: e se vuolsi applicare un'apparecchio, basta limitarsi a tenere il membro in estensione, mettere due compresse ai lati dei frammenti e fermarveli con la fasciatura unitiva. Vi si può pure aggiungere la fasciatura dalla punta del piede fino al ginocchio. Per le fratture trasversali, essendo riusciti inutili tutti gli apparecchi più complicati, i chirurgi si sono limitati alla semplice positura del membro, e alla fasciatura unitiva come per le ferite trasversali. Attualmente però si dà la preferenza all'apparecchio permanente amidato. Posto il membro in estensione, avvicinati i frammenti, si applicano al di sopra e al di sotto dei medesimi le compresse graduate, e si fermano con la fasciatura ad otto in cifra con le decussazioni sul poplite. Si applica quindi una fasciatura dal piede all'inguine e su questa si adattono altre fasce spalmate di destrina; si soprappone un mezzo canale di cartone, dalla natica al calcagno, e si termina la medicazione coprendo tutto con altra fasciatura anche amidata. Dopo 40 giorni negli adulti, 50 nei vecchi, il chirurgo comincerà a far eseguire dei movimenti al ginocchio per evitare la falsa anchilosi.

Fistole dell' ano o anali

Definizione e division e. Sotto queste nome indichiamo quelle fistole che si manifestano nei contorni dell'ano. Esse sono *compiute* ed *incompiute*, le incompiute non hanno che una sola apertura la quale se corrisponde alla cute si dice *cieca esterna*, se nel cavo del retto, *cieca interna* : le compiute hanno invece due aperture una all' esterno l' altra o nel retto, o nella vescica, o nella vagina ec. ec.

Etiologia. Le fistole dell'ano sono sempre la conseguenza di un'ascesso, e questo può aver cominciamento o dall'interno del retto, o dal tessuto cellulosо profondo che cinge quest' intestino, o in alcuni dei tumori emorroidarii da cui molti individui sono affetti.

Sintomatologia. La fistola incompinta esterna, è una fistola cutanea col fondo chiuso verso l' intestino. L'apertura esterna è più o meno ampia: quando è stretta è circondata da durezze callose, e lascia scorrere una marcia tenue e sierosa senza traccia alcuna di materie intestinali. Se talvolta la materia che ne cola dà lo sgradevole odore delle fecce lo è per semplice imbibizione. Esplorata la fistola con *specillo* si rincontra per ogni dove resistenza, e il dito introdotto nell' ano ne tocca la punta coperta dalle tuniche del retto, e se si praticano delle iniezioni colorate, non se ne vede uscire neppure una goccia dall'ano. La incompiuta interna si riconosce dall'osservare gli escrementi coperti da un lato da uno strato di marcia la quale non è confusa con essi, che verso di un lato dell'ano si tocca un tumore un pò dolente, alquanto duro colla cute per lo più rosso-bruna, nel quale si avverte talfiata una sensibile fluttuazione con crepitio, sul quale premendosi si abbassa e sovente si vede uscire dall' ano la marcia. Un dito introdotto nell'ano sente delle ineguaglianze

nel retto, nel punto cui corrisponde la fistolosa apertura si tocca un rilievo come un cul di gallina, e se quando il dito si trova su quelle ineguaglianze applicato, si preme sul tumore delle pertinenze dell' ano, si avverte manifestamente la uscita di un liquido, che poi scorrendo dall'ano si riconosce esser marcia alterata mista a materie stercoracee. Lo *specolo* può chiarire maggiormente l'esistenza della fistola.

Finalmente quando la fistola è compiuta, essa presenta ordinariamente un solo orificio, nel retto, e uno o più sulla cute, si vede uscire da queste aperture un umore purulento o sanioso, delle materie fecali disciolte, dell'aria, e talvolta dei lombrici, o degli ascaridi. Se con certa forza si inietta del liquido colorato se ne vede colore una parte per l'àno. Introducendo uno specillo per l'orificio cutaneo, si trascorre il canale fistoloso e si penetra facilmente nel retto, nel quale introducendo il dito, questo toccherà lo specillo allo scoverto, la qual cosa ci dice che la fistola è completa.

Prognosi. La fistola dell' ano raramente compromette la vita dello infermo. Si presentano però dei casi in cui la fistola fornisce uno scolo purulento copioso ed incessante, e la salute ne soffre grandemente. Queste fistole in generale possono essere guarite, ve ne sono però alcune, inguaribili, altre per le quali è prudenza non intraprendere cura alcuna, potendo riuscire di sommo danno allo infermo.

Cura. Per le fistole dell' ano si sono praticati tutti i metodi curativi adoperati per le fistole in generale; ma i soli restati in pratica sono la incisione, e la ligatura. Con entrambi questi metodi, s'intende di aprire tutto il tragitto fistoloso, di mutare la fistola in piaga aperta. Per la incisione delle fistole basse e compiute si potrebbe usare la falcetta di Pott, o il gammautte di Saveny; ma generalmente s'insinua per l'orificio cu-

taneo la tenta scanalata di cui l'estremo, rincontrato dal dito indice introdotto per l'ano, vien cavato fuori del retto, e col *gammautte* s'incidono tutti i tessuti al di quà della tenta. Ma se l'apertura interna della fistola è situata molto in alto, allora si farà uso di un cucchiaio di ebano o di corno introdotto nel retto, sul quale si farà poggiare la tenta, sulla guida della quale col gamautte aguzzo e sottile si spaccherà l'intera fistola. Per questo scopo si possono usare anche altri istrumenti costruiti appositamente. Vi sono però dei soggetti pusillanimi e timorosi, nei quali questo primo metodo non si può applicare, come pure vi è una circostanza nella quale non si può adoperare, quando cioè vi è tema di emorragia. In questi due casi, si farà ricorso alla ligatura, la quale si può praticare con un filo di crini, di lino, di seta, di piombo, ec. ec., che viene passato per la fistola, ed i di cui capi annodati si stringono gradatamente, fino a che si vengono a distruggere tutti i tessuti che sono compresi nella ligatura. Bisogna però ritenere che la incisione è metodo generale, e la ligatura metodo di eccezione.

Spaccata la fistola o nell'uno e nell'altro modo, nella medicatura successiva si adopreranno i turaccioli di filaccica, nel più profondo della piaga, affinchè cominci la granulazione dal fondo, per terminare alla pelle. La dieta sarà tenua e severa.

TESI 52 — Aneurisma della succlavia

In tutti i punti di questa arteria possonsi avverare aneurismi; ma ordinariamente hanno luogo o all'origine del vaso oppure al di là in fuori dei muscoli scaloni.

Etiologia. La etiologia non offre niente di particolare, e quindi si possono ritenere come cagioni del morbo in parola, quelle capaci di produrre gli aneurismi in qualunque altra arteria.

Sintomatologia. Dopo che l'aneurisma ha acquistato un certo volume, s'incomincia a far prominenza alla base del collo, sotto forma di un tumore globuloso, o

ovoideo, il quale man mano diviene sempre più irregolare. Questo tumore quando occupa un punto dell'arteria fuori dei scaleni, solleva ed appiana se fosse sotto clavicolare, ma se è all'interno di questi muscoli, e più vicino alla trachea, esso sporge talvolta dietro il muscolo sterno cleidomastoideo. Finalmente talfiata anche alla regione anteriore del collo, al di sopra della forchetta dello sterno. Col tumore vanno uniti il dolore, il senso di debolezza e lo edema del braccio corrispondente all'aneurisma, e la diminuzione o totale cessazione del polso radicale del medesimo lato. Il tumore inoltre comprimendo gli organi vicini e vi produce fenomeni spettanti alla compressione di detti organi.

Cura. Si citano casi di guarigione col metodo Valsava; ma noi crediamo che il miglior mezzo per la guarigione sia la ligatura, e frai metodi a quello di Brasdor pare secondo noi doversi dare la preferenza, sciegliendo quel punto dell'arterie che si crederà migliore, non potendo noi per le scopo del nostro lavoro discutere su ciò.

TESI 54 — Aneurisma inguinale

Etiologia. Tutte le cause capaci di produrre aneurisma, possono agire sull'arteria che dà luogo all'aneurisma di cui ci occupiamo, ed è perciò che ci asteniamo dal parlarne.

Sintomatologia. La sintomatologia del morbo in parola egualmente che la etiologia non offre, alcuna considerazione speciale, diciamo quindi che si osserva nella regione inguinale un tumore che man mano cresce di volume e che presenta tutti i caratteri fisici spettanti a tumore aneurismatico. Bisogna però esser ben cauti a dare un giudizio, essendosi avverati non pochi errori diagnostici da parte di esperti e culti chirurgi. Lo errore avvenne per alcuni tumori cancerosi per alcune cisti, per ingorghi ganglionali per ascessi. Ad evitare la qualcosa uopo è che si vadano indagandó le notizie più precise, e più circostanziate, sulla maniera

con cui è cominciato il male, e si studiano con scrupolosa attenzione i segni del morbo.

Cura. La ligatura è di tutti i metodi di cura quello sul quale può realmente contarsi. Essa si praticherà secondo le regole di sana chirurgia operatoria.

TESI 59 — Varici dei linfatici e linforragia

Varici dei linfatici

Le varici dei vasi l'infatici sono state segnalate da molto tempo. Fra tutte le osservazioni quella dell'Armussat e la più rimarchevole. Questa dilatazione varicosa comprendeva non solo il canale toracico, ma ancora tutt'i vasi linfatici profondi di entrambe le cosce, e tutti i vasi lombari e iliaci Nélaton ha trovato dilatazione varicosa alla gamba e sul cordone dei vasi spermatici. Soemmering ne ha trovato molte sui vasi linfatici superficiali della coscia, e su quelli che partono dalle mammelle per andare ai ganglii ascellari.

Sintomatologia.Queste varici sembrano offrire i medesimi caratteri che quelli delle vene; quando si pungono secondo il Soemmering la linfa vien fuori sotto forma di getto.

Cura. Per la cura di questa, specie di varici, basta adoperare una fasciatura compressiva.

Linforragia

Etiologia. La linforragia vien prodotta ordinariamente da ferita dei linfatici. Essa à luogo ordinariamente pel salasso e specialmente per quello del braccio e quella della malleolare.

Sintomatologia. Secondo Soemering Wuck ed altri autori, queste ferite sono seguite da scolo più o meno abbondante di linfa tra i bordi della ferita. Questa emorragia sarebbe riconoscibile alla facilità con la quale può arrestarsi, comprimendo i vasi linfatici tra la ferita e la loro origine. In generale sono poco conosciuti i fenomeni che avvengono nei vasi linfatici feriti.

Cura. Queste ferite non hanno altro inconveniente oltre quello di divenire talora causa di angioleucite. Quando ciò si avveri questa sarà curata secondo i precetti di sana chirurgia.

Per la linforragia basta una medicatura semplice.

TESI 70 — Cancro del pene

Etiologia. Le cause del cancro del pene sono oscure come quelle di tutte le affezioni cancherose; ma vi sono certe condizioni che sembrano favorire se non la produzione del cancro almeno il suo sviluppo. Così il cancro si mostra molto più spesso negl' individui affetti da fimosi, e dietro continue e moleste irritazioni dell' organo.

Sintomatologia. La malattia può cominciare o dai tegumenti della verga o dal corpo del pene. Nel primo caso nella spessezza del prepuzio si osserva un nucleo duro indolente, ovvero trovasi quest' organo inspessito, indurato in tutta la sua estensione, e sembra che i tegumenti siano ipertrofiati. Dopo qualche tempo si veggono sorgere da tutta la superficia malata bitorzoli, il cui apice si esulcera e versa un'icore caratteristico, questa ulcerazione non tarda ad occupar tutta la guaina. Nel secondo caso il tumore incomincia con un piccolo tubercolo a forma di porro situato sopra una faccia del ghiande od alla sua base. Questo tubercolo da principio indolente, incomincia poscia a recar dolore specialmente nell'atto del coito, poi s'ingrossa si ulcera sanguina al menomo contatto, e lascia plorare una sanie fetida icorosa, l' ulcera fa spesso rapidi progressi, invade tutto il ghiande e guadagna i corpi cavernosi. In altri casi il tumore cresce di volume ma l'ulcera tarda a manifestarsi. Il corso del morbo in generale è lento, e si osserva fra gli accidenti del morbo, spesso la ritenzione di orina a causa del tumore del pene.

Prognosi. La prognosi come facilmente si capisce è grave, come per tutte le affezioni cancherose.

Cura. Il chirurgo non deve sperare alcun favorevole risultato nè dalla cura interna nè dai topici applicati sul tumore, egli deve procedere all'amputazione della verga secondo i precetti di medicina operatoria.

TESI 71. — Cancro cutaneo

Etiologia. Le vere cagioni capaci di produrre il cancro cutaneo non sono conosciute, come non lo sono per tutti gli altri morbi della stessa natura.

Sintomatologia. Il cancro cutaneo alcune volte si mostra sopra delle verruche o altro genere di escrescenze cutanee, sulle quali si manifesta un molestissimo prurito, che invita l'infermo a grattarsi. Col ripetersi lo sfregamento avviene la escoriazione dalla quale vien fuora un liquido vischioso attaccaticcio che si addensa in croste secche giallastre oscure. Queste croste cadono e si riproducono alternativamente ed al disotto resta un'ulcera ineguale, poco vascolare; coperta da una cotenna bigia. L' ulcera presenta orli duri rilevati, e arrovesciati con dolori dardeggianti, ed è circondata da cute inalterata.

Altre volte la degenerazione cancherosa si appicca, sopra bottoni duri, rossi ed a larga base, che divengono la sede di prurito e di incomodo bruciore. Dopo qualche tempo si esulcerano e manifestano tutti i caratteri propri del cancro cutaneo.

Si manifesta il morbo in parola frequentemente in quei punti della pelle che circonda gli orli delle cavità naturali, ed offre quasi costantemente le medesime forme poco innanzi notate.

Cura. Qualunque sia il sito occupato dal cancro cutaneo, i rimedi saranno sempre i medesimi — Vi bisogna il ferro o il caustico: questo può essere bene indicato in questa specie di cancro, perchè la sostanza da consumarsi non è molto doppia. Ove è praticabile la operazione, bisogna preferirla alla cauterizzazione. Essa sarà praticata nei diversi siti secondo i precetti di sana medicina operatoria.

TESI 73 — Bubbone suppurato ed esulcerato

Vi sono due forme di bubboni uno acuto, ed un'altro cronico o indolente.

Nella prima forma trattasi della tumefazione di una singola glandola linfatica infiammata dietro il riassorbimento del *virus sifilitico*, e nella seconda dell' indurimento di più glandole linfatiche per infezione sifilitica senza tendenza a suppurare. Ci occuperemo dei primi.

Etiologia. Il bubbone acuto si avvera quasi sempre dietro un ulcero primario che che ne dicono in contrario taluni autori. Gli ulceri molli in ispecie quelli che risiedono sul frenulo si complicano il più delle volte con bubboni suppuranti. Negli ulceri indurati ciò avviene raramente.

Sintomatologia. Il primo sintomo che annuncia lo sviluppo o la comparsa del bubbone acuto è una sensazione dolorosa in un punto limitato della piegatura dell'inguine in vicinanza degli organi genitali. Al dolore tien dietro un piccolo gonfiore dolente sotto la pressione e che si riconosce per una glandola linfatica ingrandita. Non tarda ordinariamente a partecipare delle flogistica accensione il tessuto connettivo in vicinanza delle glandole, ed il tumore raggiunge un volume considerevole e non lo si può più muovere. Il camminare riesce ai pazienti penoso, e per quanto studio mettessero nel celarlo, si vede facilmente che essi risparmiano il più che possono la gamba del lato affetto. In taluni si accompagna ai detti fenomeni i febbrili e dopo qualche tempo la pelle si fa rossa e si mostra fluttuazione circoscritta in un punto del tumore glandulare. Se si pratica un'incisione in questo luogo oppure se dopo essersi assottigliata e resa rosso bruna la pelle si rompe e dà fuori pus, il tumore detumesce una piccola porzione del tumore che aveva già raggiunto il volume di un uovo di oca. Dopo qualche altro tempo in altri punti del tumore il pus perfora la pelle e ne vien fuora, ed ordinariamente dopo più settimane ed anche mesi diminuisce il volume del tu-

more. Dopo vuotato il pus ne risulta un'ulcero che si comparta come l'ulcero molle primitivo, che fornisce un secreto inoculabile. L'ulcero possiede orli irregolari, rosso cerulei, per lo più leggermente incavati al disotto, ed un fondo lardaceo si avvia ordinariamente tardi a guarigione. Il detto ulcero può assumere persino i caratteri dell'ulcero fagedenico e del gangrenoso ed in questo caso può dar luogo ad estese distruzioni ad erosione dei vasi crurali e finanche a peritonite.

Cura. Manifestatosi il bubbone se siamo chiamati nei primi momenti si può tentare la risoluzione con l'applicazione di mignatte, di pomate risolventi, del freddo, e delle compressioni; ma la speranza che l'infiammazione delle glandole non passerà in suppurazione è così debole che ordinariamente bisogna sollecitarne la suppurazione. Questa avveratasi se si presenta in un luogo che manifestamente spetta alla glandola stessa si vuoterà il pus mediante una o più incisioni ivi praticate. Ma se il tessuto connettivo in vicinanza della glandola, è già sede di un' infiammazione flemmonosa bisogna attendere che le porzioni circostanti della parte rammollita siano suppurate. Se ciò si è avverato e se le pelle al disopra della località fluttuante è di molto assottigliata, si ridurrà mercè la cauterizzazione con la potassa coastica o meglio con la *pasta del Landolfi*, tutto il tegumento dello ascesso in escara gangrenosa. Ebbene questo processo è molto doloroso, bisogna però convenire, che si ha il gran vantaggio di evitare fistole e margini sottoscavati, e di risultare il fondo dell'ascesso simile ad una piaga di benigno aspetto. Con questo metodo la guarigione completa si fa poco attendere.

TESI 75 — INDURIMENTO SIFILITICO PRIMITIVO (*Ulcero duro*)

Etiologia. Le cagioni che producono l'ulcero duro e da tutti riconosciuta essere una infezione dell'organismo prodotto da un tossico specifico (*virus sifilitico*)

Il contagio avviene pel trasporto del detto virus da un'individuo ammalato ad un' altro sano, in modo che il contagio sifilitico non è volatile ma fisso. Da taluni si sono ammessi due specie di virus, l'uno che produce l'ulcero molle e non infettante, l'altro l'ulcero duro o infettante. Noi però siamo della opinione di coloro che ammettono un solo principio atossico sifilitico.

Sintomatologia. L'indurazione che accompagna un ulcero indurato sviluppato, ha luogo ora soltanto nel fondo dell'ulcero ed ora contemporaneamente sui margini. Nel primo caso l'intero ulcero sporge sopra le parti circostanti (*ulcus elevatum*) e nel luogo affetto si osserva un disco duro e spesso. La superficie del disco ha colorito sbiadito, non offre l'aspetto lardaceo ed i margini corrosi come l'ulcero molle semplice. La sua superficie liscia secerne secreto tenue e scarso. Nel secondo caso quando cioè la durezza si avvera nell'orlo dell'ulcero, desso è circondato da un orlo duro o calloso, ed il fondo appare depresso.

Complicanze. Accompagnano come *complicanze* l'ulcero indurato, l'edema del prepuzio, il fimosi il parafimosi e l'infiammazione eczematosa del prepuzio (*balano gonorrea*) ed il bubbone indurato.

Cura. Sebbene non mancano casi di guarigioni avvenute di ulcero duro senza l'uso dei preparati di mercurio, bisogna però ritenere che sotto una cura non mercuriale la guarigione ha luogo più lentamente che con la mercuriale, e che i sintomi della sifilide secondaria sopravvengono più spesso e più presto che non dopo la seconda. Crediamo quindi che per aversi una sollecita e completa cura dell'ulcero duro uopo è che si ricorra al mercurio, scegliendo quei preparati che si crederanno migliori per ciascun individuo. L'amministrazione dei preparati di iodio contro l'ulcero duro sono inutili sebbene da taluni medici si credesse il contrario. Di questi preparati si potrà far uso utilmente dopo la cura mercuriale. Localmente si useranno i diversi compensi terapeutici che nei varii casi si credono utili.

FINE